

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

No 612

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul GUYOT

Né le 26 Novembre 1910, à Reims (Marne)

LES ÉTATS AFFECTIFS SUPÉRIEURS
CHEZ LES SCHIZOPHRÈNES

LEURS RAPPORTS AVEC LE DÉSORDRE ASSOCIATIF
ÉTUDIÉS A LA FAVEUR DE L'ACTIVATION INSULINIQUE

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul GUYOT

Né le 26 Novembre 1910, à Reims (Marne)

LES ÉTATS AFFECTIFS SUPÉRIEURS
CHEZ LES SCHIZOPHRÈNES

LEURS RAPPORTS AVEC LE DÉSORDRE ASSOCIATIF
ÉTUDIÉS A LA FAVEUR DE L'ACTIVATION INSULINIQUE

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIÈRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale.....	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimental.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNEQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 AEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
FRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

JE DÉDIE CETTE THÈSE
A CEUX
QUI POUR MOI FURENT ET DEMEURENT
DES EXEMPLES

MON GRAND-PÈRE PATERNEL

Homme de cœur †.

MES PARENTS

*Qui m'ont appris la noblesse du
travail.*

MONSIEUR LE CHANOINE JEAN LADAME

Doyen de la Basilique Saint-Remi de Reims

L'ami de mes jeunes années.

LE DOCTEUR J. BOUVIER

Chirurgien des Hôpitaux

... Artiste impeccable.

*Hommage d'un amateur toujours
émerveillé.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine

*Mon président de thèse. Hommage
très respectueux.*

A MES MAITRES

A L'ÉCOLE ET DANS LES HOPITAUX DE REIMS

A LA FACULTÉ ET DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES
DE LA SEINE

A MES AMIS

INTRODUCTION

L'abondante littérature consacrée à la Schizophrénie ne laisse pas au lecteur que des idées claires. Il semble qu'avec le temps et les travaux, la conception née de BLEULER devienne de plus en plus floue. En France, certains esprits amoureux de précision ont reproché à l'ouvrage original du Maître de Zurich d'introduire une notion indéfiniment extensive d'où ne peut jaillir aucune lumière véritable. Il est d'usage de s'incliner devant ses admirables analyses et de mettre en doute la légitimité de sa synthèse. Ce serait injustice cependant que de méconnaître ses réserves expresses et le caractère provisoire qu'il attribue lui-même, de la façon la plus positive, à sa classification. Comment lui reprocher le phagédénisme de sa Schizophrénie, dévorant de proche en proche toutes les maladies mentales, sans prendre en considération, d'abord, ses premières lignes : « Nous embrassons sous le nom de D. P. ou de Schizophrénie *tout un groupe d'affections*... Pour la commodité, j'emploie le mot au singulier bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies ». Plus tard : « Pour le moment, elle (la Schizophrénie) n'est pas conçue comme une espèce morbide, mais comme *un genre*, dans le même sens que psychoses organiques... Nous aboutissons à une conception comparable à celle de Mal de Bright par rapport aux néphrites ultérieurement mises en lumière ». L'étiologie n'est pas une : « Plusieurs causes peuvent concourir à sa réalisation ». Conclusion : « Cette classification est sans doute provisoire... le démembrement du groupe des Schizophrénites est l'œuvre de

l'avenir ». Ainsi, de même qu'on a isolé une néphrite azotémique, une néphrite hydropigène, une néphrite hypertensive, et qu'on les a rattachées à des causes diverses (syphilis, angines répétées, etc...) l'avenir doit distinguer dans le genre Schizophrénie des espèces multiples d'étiologie variable.

Il est regrettable que la pensée de BLEULER ne soit pas toujours aussi facile à saisir. Ce qui autorise le groupement d'états aussi divers, dit-il en substance, c'est l'existence de troubles *fondamentaux communs* : troubles associatifs, troubles affectifs, troubles du contact avec le monde extérieur. Or, ces symptômes de base sur lesquels repose tout l'édifice, nécessaires et suffisants pour définir la maladie, présentent souvent (est-ce un paradoxe ?) des défaillances.

Une première phrase est lourde d'incertitudes : « *Il est important de savoir que toutes les nuances se rencontrent à partir du normal* ».

Les troubles de l'association des idées, (l'analyse qu'en fait BLEULER est un plaisir pour l'esprit) sont caractéristiques de la Schizophrénie, mais ils « varient en importance à partir de néant jusqu'à la confusion la plus intense » et « l'on peut en découvrir de remarquables dans d'autres affections ».

Quant aux troubles affectifs, BLEULER montre admirablement qu'ils ne peuvent être ramenés à un affaiblissement global. « Il est hors de doute que la capacité de l'âme à produire des sentiments n'est pas foncièrement détruite dans la Schizophrénie ». Mais quelle idée précise se faire de ces troubles affectifs ? Ici, nous ne nous flattons pas de pénétrer exactement la pensée de BLEULER. Ils se rangent dans les symptômes fondamentaux (1), mais non pas nécessairement primaires. « Les états d'accès mélancoliques ou maniaques doivent avoir une place spéciale (parmi les signes primaires) » mais, dira-t-il plus loin « les troubles affectifs sont eux aussi

(1) *Dementia præcox*, ou Groupe des Schizophrénies.

1^{re} partie : La Symptomatologie.

des signes secondaires. Je me trouve là en contradiction avec la conception habituelle, mais j'y suis contraint ». Force est de distinguer dans la symptomatologie affective, qui est *fondamentale*, des troubles *primaires* et des troubles *secondaires*. Hors les états mélancoliques et maniaques, tous les autres, c'est-à-dire la bizarrerie affective, la singularité des sentiments et des émotions, les affects discordants, inattendus et inadaptés, et le désintérêt lui-même, qui rendent un son si particulier qu'on leur confie le diagnostic, se rangeraient parmi les troubles secondaires, ce qui est parfaitement défendable, et pour nous, partiellement vrai. Mais, ajoutera BLEULER « si les signes primaires sont les manifestations nécessaires d'une maladie, les secondaires peuvent manquer ou varier sans que se modifie en même temps le processus morbide (2) ». Nous voici alors devant un symptôme à la fois *fondamental et contingent*.

Reste l'autisme. Il apparaît à l'examen comme une notion tellement générale, comme le délire lui-même (GUIBAUD), comme l'aliénation mentale elle-même (MINKOWSKI), que BLEULER en est arrivé à retrouver cette « composante schizophrénique » dans presque toutes les maladies mentales. Il n'y aurait de différences que de degré, l'autisme étant accessoire en dehors de la schizophrénie.

Ces pierres angulaires : troubles associatifs, troubles affectifs, troubles du contact avec le monde extérieur, n'auraient donc pas toute la solidité qu'on était en droit d'en attendre. Discutant de la notion de maladie « au point de vue logique », BLEULER a répondu à l'avance « Il n'y a pas de signe pathognomique. Lorsqu'on est en présence d'un symptôme, il faut l'intégrer dans le tableau clinique ». Sans doute, mais alors le signe de Köplick lui-même n'autorise pas le diagnostic de Rougeole. Suivant cette déchéance du signe pathogno-

(2) 10^e partie : La Théorie. Chapitre I.

mique, le concept de symptôme fondamental devient très obscur.

Quant aux symptômes donnés dès le début comme accessoires, élaborés par l'activité résiduelle et viciée de l'esprit, tels les signes positifs des Dissolutions de JACKSON, ils peuvent revêtir les formes les plus diverses et c'est par eux que la Schizophrénie envahit tous les cadres nosologiques. Non caractéristiques, il s'en faut, nous avons vu qu'ils sont contingents par définition. Leur valeur se mesure à ce caractère.

Comment donc distinguer une maladie qui emprunte tant d'aspects et dont les signes fondamentaux peuvent manquer ou se retrouver ailleurs ?

La pensée en défaut fait place au « flair clinique ». On en est réduit à « sentir » les différences, selon le juste mot d'Anglade père que BLEULER critique vivement.

Néanmoins, l'imprécision de la pensée ne fait pas de diagnostic, c'est-à-dire de distinction, elle engendre au contraire la confusion et conduit le médecin, tel un schizophrène, à des rapprochements abusifs et des généralisations inacceptables. Grâce à la multiplicité des Schizophrénies et à l'actuelle incertitude de leurs signes, la plupart des états morbides vont être soupçonnés tour à tour. La réponse de BLEULER « il n'y a pas de raison pour qu'une maladie ne soit pas beaucoup plus fréquente que les autres », ne clôt pas la discussion. Notion floue, la Schizophrénie s'étend indéfiniment et devient une espèce de suzerain dont les vaisseaux ne cessent de croître en nombre. C'est à la prudence des esprits réduits au diagnostic d'impression, manquant de critère sûr et redoutant les rapprochements abusifs, qu'on doit la multiplication des certificats interrogatifs : possibilité d'un état schizophrénique sous-jacent... état schizophrénique probable... trouble « d'allure » schizophrénique... possibilité d'une évolution schizophrénique ultérieure (?) etc... souvent contredits par les certificats qui suivent.

Ainsi, en dépit de son « désir séparatiste » qu'il évoque à propos des Paraphrénies, BLEULER jetait les bases d'une synthèse toujours accueillante. Le besoin d'ordre et de clarté devait faire rechercher l'existence d'un trouble véritablement fondamental et spécifique, qui fut un critère et une explication. Trouble qui définît un type morbide, permît d'en accepter ou rejeter le diagnostic d'une façon positive, et rendît compte, dans une large mesure, de la symptomatologie.

En France, la perte du contact vital de MINSKOWSKI, l'athymormie de GUIRAUD, dont la théorie organique n'est pas d'un mince mérite, se sont vu attribuer tour à tour la place d'honneur. Aucune de ces hypothèses n'est encore devenue une certitude définitive. (Mais quand donc connaissons-nous le définitif en cette matière ?) On peut au moins leur objecter que si leurs auteurs ont de la Schizophrénie une conception moins large que son créateur, elles tendent néanmoins, par un trouble très général, à expliquer « trop de schizophrénies », et aucunement à réaliser la prophétie de BLEULER quant au démembrement du groupe. Il ne semble donc pas que la voie de l'observation clinique pure ou de l'anatomo-pathologie, non plus que la voie spéculative puissent avant longtemps conduire à la solution du problème.

Il était fort tentant de passer à l'action directe et de forcer l'âme du schizophrène. La méthode active d'exploration qu'est la psychanalyse permet-elle de s'y introduire ? Chaudement défendue par BLEULER — « Je dois m'élever contre les critiques qui ont été faites à la Psychanalyse » — elle est loin de rallier tous les suffrages. Elle refuse, dit M^{lle} PASCAL, tout secours aux hétérophrénistes, tant au point de vue de l'exploration psychique qu'au point de vue thérapeutique. Reste alors la voie expérimentale.

Provoquer par un procédé héroïque un ébranlement de l'âme schizophrénique sur ses bases, la jeter dans une violente agitation, faire naître des réactions paroxystiques, pour

en rendre les lacunes plus éclatantes et le mécanisme plus saisissable, tel est le but des méthodes pharmaco-dynamiques. L'alcool, l'éther, la cocaïne, etc... (PASCAL et DESCHAMPS) ont tour à tour été sollicités pour déclancher ces manifestations révélatrices, mais en dépit de résultats intéressants, aucun fait véritablement significatif n'a vu le jour et X. et P. ABELY pouvaient écrire en 1932 : « En somme aucune méthode systématique ne réussit chez les D. P. »

C'est dans un but thérapeutique, et avec plus ou moins de bonheur, que nous avons plongé des schizophrènes dans le coma insulinique. En dehors de quelques améliorations, nous avons observé surtout, avec une fréquence incomparable, des modifications que leur valeur neutre quant à la guérison est loin de priver d'intérêt. Sous l'effet d'une dose choquante d'Insuline, l'âme du schizophrène entre en ébullition, et à la faveur de ce bouillonnement, émergent en surface des éléments multiples et polymorphes.

La D. P. la plus muette et la plus fermée peut ainsi, en crise, revêtir une symptomatologie d'une surprenante richesse. La fréquence et la vivacité des réactions sont telles qu'elles évoquent et font admettre l'idée proposée par SAKEL d'une action spécifique sur l'inertie schizophrénique, inassimilable à celle d'un choc banal. Toute une floraison de signes s'épanouirent ainsi journellement à nos yeux et nous acquîmes le sentiment que nous avions peut-être entre les mains un réactif de choix, qui nous permettait de mobiliser à volonté l'énergie psychique bloquée chez de tels malades. Le choc insulinique, méthode d'exploration, prenait une valeur nouvelle.

À l'intérêt thérapeutique, raison d'être souvent défail-lante de la cure par l'Insuline, s'ajoutait le bénéfice d'une expérimentation occasionnelle. La foule anarchique des éléments qui émergent à la lumière, ne porte-t-elle pas un cachet significatif ? qui se signale par sa constance et sa netteté et

que le nouveau révélateur rend visible tout à coup, inséparable de l'état schizophrénique ? C'est dans cette attente, volontairement oublieux de tous les enseignements reçus, qu'au cours de l'année 1937 nous avons fixé les yeux sur nos malades en état de choc. Un trouble est apparu, si l'expression nous est permise, monté en épingle parmi les réactions vives et polymorphes qui se faisaient jour : le *trouble des associations*. Nous devions nous y attendre, mais il nous a semblé moins banal de le retrouver aussi bien dans la sphère affective que dans la sphère intellectuelle où BLEULER le confine résolument. Nous fûmes heureux de trouver dans la littérature une étude uniquement fondée sur une patiente observation clinique (1) qui mettait le même fait en lumière et à qui notre « expérimentation » apportait avec prodigalité des éléments confirmatifs. L'altération de ce mécanisme de base qu'est le mécanisme associatif, serviteur nécessaire de l'activité psychique sous toutes ses formes, intellectuelle, affective, psychomotrice, ne peut-elle caractériser et éclairer en grande partie la symptomatologie de la D. P. ? Ne peut-elle expliquer le seul signe qui, souvent, et en fin de compte, fasse « sentir » le diagnostic, à savoir la discordance ? Est-il abusif de voir en elle le critère et l'explication, en un mot le trouble fondamental cherchés ? Cette thèse se propose d'en juger.

Son ambition primitive était beaucoup plus modeste et se réduisait à exposer des résultats thérapeutiques. Mais quand il s'est agi de les définir avec précision, et surtout de les comparer avec ceux qui ont été obtenus par d'autres, nous nous sommes trouvés dans le plus grand embarras. Alors que pour les Suisses les guérisons atteignent le chiffre merveilleux de 80 % (avec la réserve attendue qu'il s'agit de cas favorables), d'autres auteurs, surtout français, après une longue pratique de la méthode, se déclarent prêts à l'abandonner.

(1) Xavier et Paul ABELY. — L'affectivité dans la Démence précoce. *Annales médico-psychologiques*, mai 1932.

Ces contradictions s'expliquent, n'en doutons pas, en grande partie par la difficulté du diagnostic à la période tout à fait initiale, qui serait précisément la seule favorable. Le désaccord qui divise les auteurs sur tant de points en matière de schizophrénie les rend plus ou moins exigeants pour le diagnostic, et rien n'est moins sûr que leurs efforts thérapeutiques s'adressent dans tous les cas à la même maladie. Laissons si l'on veut, provisoirement, aux « guérisons » le bénéfice du doute, mais, ce n'est pas sur de telles incertitudes que nous pouvons interpréter nos résultats d'une façon satisfaisante pour l'esprit. Le fait le plus frappant est qu'ils paraissent dans l'ensemble également *éloignés du succès et de l'échec*, et que si le terme « guérison » n'est positivement mérité par aucun d'eux, celui d'indifférence ne peut davantage leur être appliqué. Quoiqu'on puisse à première vue assigner aux modifications un sens général : amélioration ou résultat négatif, il reste impossible le plus souvent de dégager en elles une direction aussi simple, car elles conservent un caractère *fragmentaire, parcellaire, incomplet et capricieux* qui ne peut être résumé en une formule. Ainsi, les exigences d'une interprétation difficile nous ont-elles fait glisser sur le terrain de la pathogénie.

A notre travail, nous avons en conséquence assigné cette marche : en premier lieu viendra l'exposé des circonstances dans lesquelles, sous l'influence de l'insuline, naît l'activation psychique. Nous nous attacherons ensuite à mettre en valeur le rôle fondamental que joue le mécanisme associatif dans l'activité générale de l'esprit, et particulièrement dans l'élaboration des états affectifs, point qui présente pour notre thèse le plus haut intérêt. Nous verrons ensuite, à la lumière des faits, comment le processus dissolvant de la schizophrénie en s'attaquant à ce mécanisme de base détruit l'harmonie affective, comme l'intellectuelle et la psychomotrice, et nous essayerons pour terminer, d'analyser en utilisant les données acquises les résultats obscurs que nous

avons obtenus, et de préciser ce que l'on peut entendre par guérison en matière d'insulinothérapie.

C'est avec joie que nous rendons un hommage de vive gratitude à nos maîtres de l'Asile de Villejuif. Au Docteur **DUCASTE**, qui nous a fait l'honneur de nous confier, au cours de l'année 1937, le traitement de 80 malades, nous donnant ainsi chaque jour la précieuse occasion d'observer une dizaine de comas, d'où naquit l'idée de cette thèse. Au Docteur **P. ABELY**, notre cher et premier maître en psychiatrie, qui lui aussi nous a confié ses premiers malades traités par l'insuline, et dont les travaux en collaboration avec le Docteur **X. ABELY** ont fortement contribué à nous mettre sur la voie de nos recherches. Au Docteur **DEDIEU-ANGLADE**, qui nous a permis de faire quelques tentatives de traitement dans son service. Au Docteur **Y. POR'HER**, qui a bien voulu nous intéresser à ses essais personnels. Il m'est agréable de terminer en adressant toute ma sympathie à mes camarades d'internat, dont la piquante ironie a su conserver leur agrément à des travaux d'où la déception fut loin d'être toujours exclue.

CHAPITRE PREMIER

LA MÉTHODE DEVANT LES FAITS

I. — Les heures psychiques du coma.

S'il est des cas où tout se réduit à un coma pur et simple, dans ses formes les plus riches, le tableau clinique réalisé par des doses toxiques d'Insuline est d'une prodigalité et d'une confusion qui découragent l'analyse. Le bouleversement du système nerveux se traduit par une tempête où ne manquent ni les troubles sympathiques, ni les troubles neurologiques, ni les troubles psychiques. C'est à certaines heures un véritable chaos où il est difficile de se reconnaître, et dont il est malaisé de découvrir la signification. Cependant d'une observation journalière finit par se dégager un certain ordre dans l'apparition des symptômes, avec la prédominance de quelques-uns dans des cas bien déterminés. C'est ainsi que l'on obtient un effet d'inhibition rapide sur le *Para-sympathique*, qui libère son antagoniste et détermine la tachycardie, l'élévation de tension, la mydriase, la sudation initiales, tandis que la décadence du *sympathique* ne s'observe qu'à une période avancée, celle du coma profond. De même, l'hyperréflexie et la contracture précèdent toujours la résolution musculaire. D'autre part, certains sujets ont une prédilection nette pour certains syndrômes et reproduisent, par exemple, avec régularité et précision, la même hémiplegie, les mêmes mouvements choréiques, etc... Ces constatations nous faisaient récemment proposer la division du coma

insulinique en trois phases évolutives, dont nous faisons un raccourci des « périodes de traitement » de SAKEL (1).

I. — Dans une première phase, le malade reste silencieux et immobile. Il donne l'impression d'un homme accablé et méditatif, en proie à une fatigue grandissante, ce qui nous a fait donner à cette période initiale le nom de *phase d'accablement*. Cette résignation est trompeuse, et l'exagération du réflexe rotulien apparaît bientôt comme le signe avant-coureur de la lutte qui va suivre.

II. — La seconde période est marquée par le passage, plus ou moins difficile, de l'état de veille dans le coma. Le déséquilibre entre les deux états peut se prolonger plus d'une heure, et la chute n'est obtenue qu'au prix de réactions dramatiques de la part du malade, qui font l'effet d'une résistance acharnée. Cette *phase de défense* répond à une activation générale de l'organisme, où s'entremêlent d'une façon inextricable des signes d'ordre sympathique et para-sympathique, pyramidaux et extra-pyramidaux, et *psychiques*, en des combinaisons d'autant plus impressionnantes qu'elles sont plus confuses. Cependant l'observation attentive de ces symptômes qui semblent à première vue anarchiquement jetés dans le tableau clinique révèle un certain ordre dans leur apparition. On assiste à une libération progressive et étagée des fonctions du névraxe, allant des centres psychiques aux médullaires, en passant par les centres automatiques supérieurs, libération qui explique l'excitation psychique du début, les mouvements choréiques intermédiaires, et l'autonomie médullaire terminale. Il existe donc des « moments » plus favorables à l'observation de certains symptômes. De plus, si l'on considère comme nous l'exposons, que la symptomatologie peut se simplifier jusqu'à se

(1) Remarques sur le traitement des états shizophréniques par le coma insulinique. *Progrès Médical*, 30 octobre 1937.

réduire à un syndrome très pur, et que le malade présente souvent une prédilection pour une réaction déterminée, on conçoit que le coma puisse revêtir des « formes » particulières *psychiques*, forme hémiplegique, forme choréique, forme convulsive, etc... formes passagères que le malade peut parcourir successivement et qui sont, rappelons-le, vécues par lui simultanément dans la majorité des cas.

C'est donc ici qu'apparaissent les premières manifestations mentales du coma insulinique.

III. — La troisième phase réalise exactement l'image d'un *coma toxique*, avec une bradycardie et une hypothermie toutes particulières. Le sujet est sans connaissance. L'intérêt de cette dernière phase demeure purement thérapeutique.

IV. — Il faut en arriver à l'injection de sérum sucré pour retrouver des réactions psychiques. L'antidote détermine le retour du coma à l'état de veille, et sur le même chemin qu'il parcourt en sens inverse, le malade retrouve la même phase de transition et de déséquilibre marquée par les mêmes accidents paroxystiques. Les troubles mentaux qui caractérisent cette période s'apparentent à ceux de la phase II, et durent jusqu'à la phase de réveil proprement dit.

V. — Le *réveil* marque la dernière étape de cette laborieuse évolution. Tous les éclats bruyants des minutes précédentes sont définitivement tombés. Le malade se ressaisit, souvent avec effort, pour atteindre de nouveau à l'état de veille complet. Ce qui ne signifie pas qu'il recouvre son état antérieur, mais qu'au contraire, il atteint à *un équilibre entièrement nouveau*. Ce moment où le malade renaît sous une autre forme est capital pour l'observation.

II. — L'état mental aux différentes heures.

I. — Les phases de transition sont placées sous le signe d'une agitation désordonnée. Elle part d'un simple redoublement des tics et stéréotypies, pour atteindre une acuité qui rend souvent nécessaires les moyens de contention. Dans un grand nombre de cas, elle présente trois caractères :

— intermittence ; elle tombe brusquement par périodes, pour faire au bout de quelques minutes un nouveau départ foudroyant.

— allure ébrieuse ; la dysmétrie, l'imprécision des gestes et l'embarras de la parole lui imprime le caractère cérébelleux de l'ivresse alcoolique.

— polymorphisme ; on peut observer soit un simple état d'excitation avec chants, rires et cris ; soit de la verbigération ; soit des crises de rire inextinguible ; des crises d'anxiété ; des crises de fureur, avec des hurlements et des gestes d'une violence impressionnante ; soit enfin des crises d'onirisme.

OBS. — *Etat d'excitation avec chant, verbigération* : le malade R. T..., sort d'un coma profond sous l'action de 250 cc. de sérum. Il se met à gémir doucement, enfle progressivement la voix, et finit par pousser des cris suraigus. Il se tait soudain, puis éclate d'un rire qui dure une minute entière et se termine par le Chant du Départ hurlé à tue-tête : « La République nous appelle ! » Un silence complet suit cette sortie, au cours duquel le malade se dresse brusquement sur son lit, dans une attitude théâtrale que son air ivre rend parfaitement grotesque. Il la conserve pour énoncer des propos comme ceux-ci : « Je ne suis pas un artiste de cinéma... Je suis un ouvrier ajusteur mécanicien... Sur la terre, il y a des gens qui ne sont pas à la hauteur de la situation... J'ai bien dormi... etc... » Cette absurde comédie se prolonge environ vingt minutes.

OBS. — *Crise d'onirisme* : le 4 mai, le malade V. sort de son 6^e coma vers 15 heures. Son premier acte est l'énoncé d'une formule tout à fait hermétique : « Quizi atkins fom norax » (?), qu'il

répète à cinq reprises. Tout à coup, il se met sur son séant et fixe intensément un point devant lui. Il frappe vivement des mains et s'écrie : « Attention ! » Son masque est tragique, concentré : « Tiens bon, papa ! Tiens bon ! Tourne à gauche ! Oui, c'est ça ! Oui ! Oui ! Attention !... Veille, veille !... Force ! Oui, force !... » Sur son visage extrêmement mobile passent rapidement l'effort, la colère, l'épouvante. Il agite les quatre membres d'une façon désordonnée et fait dans son lit de véritables bonds. Il vit un drame. Tout à coup ses traits expriment une frayeur mortelle, comme sous le coup d'une menace imminente et particulièrement redoutable ; il désigne un point pour montrer quelque danger terrible qui fondrait soudain sur lui, en murmurant d'une voix profonde : « Oh, l'horreur ! l'horreur ! » Puis il pousse un grand cri, se cache la tête dans les mains et s'effondre sur son lit. La lutte semble l'avoir brisé, et il reste immobile un long moment. Au réveil ne demeurera aucun souvenir de ce cauchemar.

II. — Pendant la période de *réveil* proprement dit, persiste une activation qui détermine l'extériorisation forcée des éléments qui peuplent le psychisme. Ici, ce ne sont plus des états artificiellement créés ni des éléments parasites qui prennent naissance et s'offrent à l'observation, mais le patrimoine propre de l'âme du schizophrène qui se trouve débloqué et vient au jour. C'est à ce moment que se manifeste le retour au réel, le besoin d'expansion et d'effusion sentimentale, la tendance aux discours dont les éclatantes imperfections vont, pour une grande part, servir de base à nos recherches.

OBS. — Le malade S., en mutisme depuis plusieurs mois se réveille un jour avec calme. Il sourit et verse des larmes, dit qu'il recouvre la raison, supplie qu'on l'aide, et exprime avec singularité des sentiments d'amour pour le médecin. Il lui baise la main et prend des attitudes extatiques, les yeux fixes, souriant avec le ravissement d'un aveugle qui entreverrait à nouveau la lumière. Puis il retombe dans des effusions débordantes et un attendrissement enfantin.

III. — Dans les heures qui suivent, il se ressaisit comme

un homme chez qui se dissipent les dernières fumées de l'ivresse, devient moins expansif, mais continue à exprimer, non sans bizarrerie, son attachement et sa reconnaissance. Nous verrons les ressources qu'offre pour l'observation cet état séquelle.

III. — Valeur de la méthode

Une objection vient à l'esprit : c'est que l'intoxication par l'Insuline suffit à créer des psychoses qui lui sont propres (1), et qu'en conséquence, détacher de tout état mental qui l'accompagne un trouble quelconque, au profit de la Démence Précoce, requiert la plus grande circonspection. Avant de faire un pas de plus, il doit être répondu à cette question préalable qui met en jeu la valeur de la méthode.

Il convient de distinguer les manifestations paroxytiques des Phases II et IV (phases de déséquilibre) — le réveil — et l'état plus ou moins stable qui le suit. Le problème se présente, en effet, d'une façon très différente suivant qu'il s'agit de l'un ou de l'autre.

I. — Parmi les premières, certaines sont difficilement utilisables, tels les états d'ébriété qui évoquent l'ivresse alcoolique d'une façon frappante, et les crises d'onirisme dont nous avons donné un exemple plus haut.

Cependant, quoiqu'elles débordent tumultueusement le psychisme et défient souvent l'analyse, et malgré leur origine nettement toxique, ces manifestations ne sont pas à rejeter sans examen. M^{lle} DESCHAMPS (2) a relevé d'importantes différences entre l'onirisme banal et celui qu'elle provoquait chez des D. P. au moyen de toxiques divers. A l'ac-

(1) Les troubles nerveux et mentaux liés à l'Hypoglycémie. MEIGNANT. *Encéphale*, avr. 32.

(2) *Thèse de Paris*, 1933.

activité riche du premier s'oppose le « manque de vigueur mentale » du second. « La désagrégation mentale, l'autonomie des éléments psychiques » sont perceptibles. C'est que l'énergie psychique, dont un artifice élève le potentiel, ne trouve pas de voies correctes pour s'écouler. Si l'activité de l'esprit est viciée dans un de ses mécanismes de base, toutes ses manifestations, quelles qu'en soient la nature et la cause, en porteront la marque, et nous reconnaitrons l'arbre à ses fruits. Du point de vue d'où nous les observons, plus que leur contenu c'est leur *forme* qui nous importe. D'un étang qui gardait le secret de son lit, nous avons fait un torrent impétueux qui rebondit sur le moindre caillou. Peu importe son eau à qui s'attache à découvrir les accidents de son cours.

II. — La phase de réveil est d'une lecture plus facile, et en même temps plus révélatrice, si l'on considère que l'Insuline agit non seulement comme un élévateur de potentiel, comme un agent créateur d'onirisme, mais en rétablissant les contacts associatifs. Ici son effet n'est plus dans la création de l'énergie, mais seulement dans sa libération. Quand l'ivresse se dissipe et que le malade revient à la vie, en faisant souvent de puissants efforts, on peut assister à une véritable restauration progressive et plus ou moins fragmentaire de l'édifice psychique, qui permet de saisir par contraste le processus inverse de désagrégation. Bien mieux, si, comme après un choc banal, survient une rechute rapide, c'est cette désagrégation même qui s'opère sous les yeux de l'observateur. Moment particulièrement heureux car il ne peut s'agir en aucune façon de « psychose insulinaire ».

III. — Le plus souvent, pour reprendre à l'inverse les termes de M^{lle} DESCHAMPS, la décharge affective est suivie d'une amélioration, ce qui confère précisément à l'Insuline sa valeur thérapeutique. Cette période plus ou moins stable

qui suit le réveil et se présente comme une séquelle de la phase aiguë, échappe clairement à l'influence immédiate de l'Insuline et donne à l'observateur le loisir d'une recherche méthodique. Modifiée d'un jour à l'autre sous l'influence des comas, elle offre maint élément de comparaison avec celles qui l'ont précédée et celles qui la suivent. Ce n'est plus de minute en minute, mais de jour en jour que l'esprit se réédifie. Sur ce film qui se déroule avec lenteur, les lacunes et leur rectification n'en sont que plus saisissables, et les conclusions mieux assises. Bref, le malade se stabilise chaque jour dans un état d'équilibre nouveau ; et nous créons dans les cas favorables une succession d'états schizophréniques intermédiaires, avec une rapidité qui en rend la comparaison vivante.

Les différentes heures psychiques du traitement par l'Insuline se prêtent donc à l'étude des troubles schizophréniques, le réveil et ses suites se présentant comme les véritables moments de choix. Ce sont eux qui fourniront les principaux matériaux de notre travail.

IV. — Premiers faits observés

Voici quelques faits types, parmi ceux qui ont attiré primitivement notre attention et servi de point de départ à nos recherches.

Les trois schizophrènes dont il s'agit se fixent, au cours de leur évolution, dans un désintérêt, une inaction et un mutisme à peu près absolus. La durée de cette « retraite », au moment où nous les rencontrons, varie d'une à plusieurs années, et nous les observons personnellement pendant trois mois, ainsi abandonnés à eux-mêmes, sans relever la moindre modification dans leur état. Sous l'influence du traitement se produisent bientôt des événements nouveaux : dans l'ordre intellectuel, affectif et psycho-moteur l'esprit témoigne un beau jour d'une reprise de son activité.

1) Le malade André M. né en 1916 et interné depuis 1928, c'est-à-dire de l'âge de douze ans à celui de vingt, sort de son mutisme pour déclarer qu'on lui fait « manger le monde ».

2) Le malade M. âgé de 35 ans, alité et totalement inactif depuis une année se lève et fait son lit.

3) Le malade F. se jette au réveil dans l'expression d'une reconnaissance débordante pour le médecin, qui contraste avec son inaffectivité habituelle.

Devant de telles nouveautés, et particulièrement la dernière, on ne se défend pas, à première vue, contre l'impression d'un bénéfice obtenu. Mais on observe par la suite un si grand nombre de faits comparables qui restent sans lendemain qu'on finit par les juger de la dernière banalité. Regardons-les d'un peu plus près.

A. M. parle, mais pour exprimer une idée absurde.

M. agit, mais fait son lit d'une façon stéréotypée et le recommence indéfiniment.

F. témoigne d'une affectivité vive, mais de mauvais goût : il embrasse le médecin par surprise, lui couvre la main de baisers et l'encombre de ses effusions excessives.

Nous en avons tiré un enseignement : chacun de ses faits nous met en présence d'une manifestation d'activité *nouvelle, isolée, et profondément morbide*.

1) Bien que fermée depuis plusieurs années, l'âme du schizophrène n'est plus totalement imperméable : sous l'action d'un excitant approprié, elle a retrouvé un point de contact avec le monde extérieur.

2) Ce contact est des plus limité : il ne se fait que par certains points très localisés. Impossible d'obtenir de F. autre chose que sa reconnaissance obstinée.

3) Les éléments émergés sont nettement anormaux. Les paroles de A. M., l'acte de M., les sentiments de F. sont des paroles, actions et sentiments de malades.

Bref, nous avons affaire avant tout à une *récupération parcellaire dans son ensemble et aussi dans ses détails*. Nous

arrachons à l'âme schizophrénique un nombre limité d'idées et d'affects, à qui font défaut certains éléments indispensables à leur perfection et qui paraissent eux-mêmes victimes d'une fragmentation partielle. Parti de cette observation initiale, nous avons finalement abouti (nous dirons par quels chemins) à la notion vérifiée et *étendue* de troubles d'ordre structural, secondaires à l'imperfection des apports associatifs, à l'incomplète élaboration des édifices psychiques de toute nature, liées à un *vice primaire du mécanisme des associations*, dont nous allons nous attacher sans retard à mettre en lumière le rôle essentiel dans la genèse des productions intellectuelles, psychomotrices, et surtout *affectives* de l'esprit.

CHAPITRE SECOND

LES FONCTIONS D'ASSOCIATION

Le mécanisme associatif

« La pensée est association ».
PIÉRON.

I. L'ORGANE ASSOCIATIF. — « A la naissance, le stock des cellules nerveuses est au moins égal à celui que possède un adulte, et, chez le vieillard le nombre des éléments ne peut être que déficitaire.

« De ce fait, il résulte que les acquisitions nouvelles de l'enfant et de l'adolescent sont liées non pas à l'augmentation numérique des unités neurologiques, mais à la prolifération de leurs expansion dendritiques et axonales tandis que chez le vieillard l'amointrissement des capacités physiologiques et psychiques tient tout ensemble à la réduction du nombre des éléments nerveux ainsi qu'à l'atrophie des connexions dont la plénitude du développement avait marqué l'apogée de l'activité physiologique.

« D'autre part, il convient de ne pas perdre de vue que si la cellule nerveuse elle-même constitue un organisme définitivement fixé et incapable de se multiplier, il n'en est pas de même de ses prolongements dont la capacité de restauration par bourgeonnement apparaît si remarquable et rend compte de la récupération fonctionnelle parfois si impressionnante qui succède aux mutilations du système nerveux ».

Ce texte de LHERMITTE met excellemment en lumière l'importance numérique des éléments connectifs dans l'organe de la pensée. Le développement anatomique des synapses permet d'entrevoir la place fondamentale qu'occupe la fonction d'association dans l'activité psychique. Elle est en effet le mécanisme explicatif de toutes ses productions, qui rend compte de la façon dont s'échaffaudent les constructions de l'esprit, et auquel on doit recourir pour saisir le « comment » de la genèse et le « pourquoi » de la structure des édifices psychiques.

Nous nous trouvons donc en présence d'un organe dont le stock d'éléments cytologiques est constitué dès la naissance, mais dont néanmoins la fonction *d'abord* muette est appelée à connaître un jour la plus grande perfection. Si le développement de la pensée n'est pas lié à la multiplication des cellules nerveuses, il faut que chacune d'elle voit s'enrichir sa propre action et se multiplier ses effets. La phylogénèse et l'ontogénèse nous donnent l'explication de ce gain dynamique en nous montrant comment, grâce à des connexions de plus en plus nombreuses, la cellule étant sa zone d'influence, intervient dans des territoires de plus en plus lointains, et s'expose en retour à subir des actions dont la multiplicité et la complexité s'accroissent d'une façon parallèle.

II. LES COMBINAISONS CELLULAIRES. — Sous diverses influences qu'il serait hors de propos d'examiner maintenant, ces interréactions s'effectuent sur un mode électif, et la résultante en est variable. La cellule est le lit d'un (ou plusieurs) élément qui, grâce aux multiples débouchés qui s'ouvrent devant lui, entre dans des combinaisons diverses, comme une même couleur élémentaire dans la composition de teintes secondaires différentes. Ainsi prennent naissance des assemblages caractéristiques, agrégats cellulaires fonctionnels auxquels correspondront des édifices psychiques déterminés. Fait capital, ces combinaisons multiples plus ou moins riches,

et combien dissemblables, sont éminemment éphémères mais toujours prêtes à renaître : ces assemblages, prompts à se dissoudre et à se regrouper ; ces édifices prêts à s'écrouler et à se restaurer sur le champ. Constamment libérée la cellule (et son élément) participe à une infinité de complexes, c'est-à-dire de combinaisons cellulaires : la pensée est mouvante et diffuse dans l'encéphale. « La pensée, dit PIERON, est dynamisme, la pensée est association ». Une image statique est aussi inconcevable qu'un *moi* immobile. Pour la même raison, nous ne pouvons envisager de « centres » qu'au point de vue fonctionnel, et si les termes : centre idéique, centre sentimental, etc... tombent de notre plume, ce sera pour la pure commodité de l'expression.

III. LES AFFINITÉS. — Si certaines combinaisons se reproduisent régulièrement, si l'idée très complexe de mère, par exemple, s'accompagne d'un sentiment non moins complexe de pitié, c'est que l'influx nerveux emprunte des voies préférentielles. Il ne diffuse pas uniformément, mais suit un chemin précis dans l'inextricable labyrinthe des conducteurs, sous l'influence de facilitations et d'inhibitions. Il ne suffit pas, en effet, que deux terminaisons soient en présence, sinon en contact, pour que le courant passe ; mais entre elles doit exister un état d'équilibre susceptible d'une mesure électrique : la notion de chronaxie introduit ainsi une formule mathématique digne d'une science exacte dans la physiologie du système nerveux, et dans la psychologie, diront ceux qui à l'exemple de BETCHEREW rêvent d'une « psychologie objective ». Ici apparaît donc le lien qui suscite les agrégats cellulaires auxquels correspondront dans le domaine mental des harmoniques déterminées ; autrement dit la mémoire qui « n'est pas autre chose que le renforcement, la facilitation du passage de l'influx nerveux dans certaines voies » (PIERON).

Le facteur le plus influent qui détermine la prédominance

de certains passages est la *répétition*. « Le jeu des sensations comportant la répétition d'expériences nombreuses, entraîne une formation de voies associatives usuelles », et en conséquence, pour l'encéphale, un pouvoir dynamique de reconstitution de la perception. Il s'agit d'une loi générale du système nerveux, dont la mémoire n'est qu'une application particulière. Ce facteur est nécessaire et suffisant, sinon exclusif : sur un agrégat composé d'un élément sensoriel (la vue d'un aliment), d'un élément affectif (la sensation d'appétit), d'un élément effecteur (la sécrétion gastrique), la simple répétition suffit à greffer un élément supplémentaire : la sensation sonore, et à lui donner assez de puissance pour déclencher toute la cascade des réflexes. Nul besoin donc, *a priori*, de la logique ou de l'intérêt pour créer les affinités, qui peuvent sembler toutes gratuites.

Par quel besoin expliquer physiologiquement l'alliance du rire et de la joie, et toute cette mimique automatique qui, en dépit du terme « expression » qui la désigne, n'a nullement l'intention d'être un langage ? Il faut donc retenir que l'intérêt ne rend pas compte de toutes les associations, et qu'inversement, nous rencontrerons des troubles associatifs qui ne s'expliquent nullement par le *défaut d'intérêt*.

IV. AGRÉGATS CELLULAIRES ET COMPLEXES. — Ainsi, dans le système nerveux où tout est continuité, (tout au moins contiguïté), existent des chemins préférentiels par où les correspondances organiques des idées, des sentiments et des volitions se rejoignent pour s'agréger en des combinaisons plus ou moins définies. C'est évidemment à l'étage psychique que les aiguillages subissent le plus d'influences. « Ces voies associatives, lorsqu'une perception vient de se produire, conduisent à des évocations de sensations, ou plutôt de complexus de sensations, c'est-à-dire d'images, et conduisent ainsi à des réactions ; celles-ci sont conditionnées non seulement par la facilitation mnémonique, comme lorsqu'il

s'agit de réflexes, mais par des influences variables ; ces influences relèvent de divers groupes de sensations perçues simultanément, et en particulier des sensations internes, constituant la cénesthésie ; elles relèvent aussi des impressions affectives, douées d'une puissance motrice telle qu'elles sont souvent confondues avec des tendances, c'est-à-dire avec l'esquisse de la réaction qu'elles commandent, impressions affectives qui jouent un rôle capital au point de la libération d'énergie nerveuse réactionnelle ». De telles combinaisons dans lesquelles l'intervention de l'élément affectif se fait sentir d'une façon si puissante se présentent comme une base organique convenable pour cette individualité psychologique qu'on nomme « complexe », qui n'est nullement, dit M^{lle} PASCAL, « une entité métaphysique comme pour certains auteurs allemands et suisses, mais un phénomène biologique, un engramme qui s'est inscrit dans l'humoralité et le système neuro-végétatif ».

Le mécanisme des associations éclaire donc le rapport de l'activité de l'encéphale avec celle de l'esprit. Il ne s'agit donc plus seulement d'une lointaine correspondance par l'intermédiaire de chaînons insaisissables, mais d'un véritable *parallélisme* entre la circulation de l'influx nerveux et le cours de la pensée. Il serait déplacé d'examiner ici s'il existe entre les deux autre chose qu'une harmonie préétablie, mais il devient possible d'inférer des troubles de l'un aux défauts de l'autre. Ce qui nous importe.

V. PARALLÉLISME ENTRE LE COURS DE L'INFLUX NERVEUX ET CELUI DE LA PENSÉE. — Si en effet, nous retournons ce miroir à double face pour ne plus considérer que l'aspect mental de l'activité encéphalique, il demeure aisé de penser « physiologie » en traitant de psychologie pure. Nous ne changeons que de langage quand nous disons que dans l'ordre intellectuel, affectif et psychomoteur, les productions psychologiques les

plus immédiates s'associent pour former des ensembles. Dans chacun de ces trois ordres, — si l'on nous pardonne d'envisager pour les besoins de l'exposition, un compartimentage aussi simpliste de l'esprit — les éléments primitifs se combinent pour donner naissance à des concepts plus ou moins larges, des sentiments plus ou moins riches, des réactions plus ou moins puissantes. Ces synthèses homogènes n'existent d'ailleurs pas à l'état pur, mais s'interpénètrent étroitement, « les éléments intellectuels y sont à ce point intriqués avec les éléments affectifs qu'il est bien difficile de les dissocier ; ils y sont d'ailleurs également unis à des éléments psychomoteurs, de sorte que le mot sentiment est synonyme de tendance ou d'inclination morale » (1). Bref, l'unité psychologique élémentaire apparaît nécessairement comme le composé hétérogène d'une idée, d'un sentiment et d'une réaction en puissance.

Si ce travail d'association est déjà fait en partie dès la naissance, si, grâce aux apports héréditaires, l'enfant dispose immédiatement d'automatisme et d'instincts, le complément, auquel n'est assigné aucune limite, s'acquiert avant tout sous l'action de ce facteur dont nous avons vu la puissance sur les phénomènes de facilitation mnémonique : la répétition. « La pensée logique est la reproduction des associations créées par l'expérience ». (BLEULER). Il n'en est pas autrement, ajouterons-nous, de l'affectivité normale. L'esprit enregistre, élabore, et devient par ses représentations de tous ordres un miroir du monde plus ou moins parfait. C'est par la répétition infatigable des mêmes expériences, incessamment revécues, que tel produit de l'intellect se revêt de tel état affectif et s'arme de telle tendance motrice, bref ; que s'édifient les complexes « normaux », c'est-à-dire ces alliances déterminées d'idées, de sentiments, de réactions qui se retrouvent, et pour cause, chez la plupart d'entre nous

(1) X. et P. ABELY.

et que nous jugeons donc convenables. Nous parlerions d'adaptation au monde extérieur si ce mot ne recouvrait une idée de finalité qui nous semble superflue, mais quoi qu'il en soit nous verrons l'importance de ce travail d'association dans la réalisation du contact avec le réel.

VI. HARMONIE PSYCHOLOGIQUE. — L'esprit apparaît donc comme une ensemble harmonieux d'éléments richement et légitimement associés qui le *peuplent de combinaisons* et dont la synergie repose sur l'expérience et se trouve assurée par un mécanisme fondamental. Les complexes schématiques et génériques que l'on peut imaginer ne se retrouvent évidemment pas, partout semblables à eux-mêmes, chez tout individu, en raison de son évolution personnelle. Sur tel noyau élémentaire que l'on pourrait reconnaître en chacun, viennent se greffer des acquisitions qui diffèrent par leur nombre et leur qualité. Plus il subit d'influences et de retouches, plus le complexe est riche, adéquat, au point. L'enfant est pauvre d'éléments, aussi est-il « puéril » dans ses idées, ses sentiments, ses actes, et l'expression de son visage. Ce dernier point nous semble un excellent exemple de l'infinie variété qui fleurit dans des combinaisons comparables, mais non superposables. L'exercice de la pensée s'accompagne de contractions des muscles de la face, en particulier des péri-orbitaires, en dehors de toute intention de langage et sans qu'il soit possible d'expliquer l'apparition, autour des noyaux idéo-affectifs intéressés, de ces satellites psycho-moteurs. Fortuits ou non, leur richesse et leur perfection font le visage expressif et donnent « l'air intelligent ». Mais quoique cette mimique suive avec constance des lois qui permettent de la reconnaître et de juger les gens sur la mine, est-il un terrain où les variations individuelles éclatent plus vivement ? « La vie fait l'âme, et l'âme fait la physiologie » (BALZAC).

S'il nous est permis d'emprunter une comparaison à

l'acoustique, nous dirons que toute production de l'esprit se compose normalement ;

— d'un son fondamental, qui l'identifie ;

— d'harmoniques intellectuelles, affectives, psychomotrices, qui lui font rendre un timbre spécial, dont l'origine se trouve dans les acquisitions de l'individu, et dont l'apport par voie associative parfait le son fondamental. C'est leur défaut qui entache la psychologie de l'enfant d'un manque de modulation et d'une excessive simplicité ; ce sont leurs écarts en nombre et en qualité qui engendrent chez l'adulte les variations individuelles dont nous avons entrevu l'étendue. Cependant, dans tous les cas, persiste une *harmonie minima*, propre à l'homme, un timbre élémentaire, caractéristique du genre, qui fait rendre et conserve à la pensée normale, si pauvre soit-elle, un son qui éveille en nous des résonances profondes, le *son humain*.

VI. CONCLUSION. — Si sous chacune de nos lignes, transparaît l'intention d'attribuer un rôle capital au fait associatif dans la genèse et la structure des constructions de l'esprit et de le suivre jusque dans leurs détails les plus délicats, c'est que notre but est de montrer que l'altération du mécanisme psychologique le plus primitif qui soit saisissable, sous l'action du processus schizophrénique, retentit sur *toutes* les modalités de l'activité psychique. L'atteinte de l'intelligence par cette voie a été mise hors de discussion par les brillantes analyses de BLEULER, mais il n'en va pas de même de l'affectivité dont les troubles sont l'objet des plus vives controverses. Comment en serait-il autrement, quand l'accord n'est pas fait sur l'importance, la qualité et le rang de l'affectivité dans l'âme normale ? Pour nous qui souhaitons montrer plus loin, à l'aide de faits, que chez le D. P. les états affectifs souffrent pour des raisons identiques des mêmes troubles que les états intellectuels et sont l'objet de dissociations aussi fines, le fossé que la psychologie a longtemps et arbitraire-

ment tracé entre les deux domaines n'existe pas. Il convient de vérifier ce point avant de poursuivre notre exposé.

États affectifs et états intellectuels

Ce qu'il importe au plus haut point de considérer, c'est que l'intellect et l'affectivité se présentent tous deux comme des modes de connaissance de l'esprit. La sensation sert de prétexte à la naissance de deux états qui se superposent sans jamais se confondre : un sentiment est l'équivalent d'un jugement. Ce sont des chemins distincts mais parallèles qui conduisent par d'innombrables combinaisons et rebondissements des humbles données de la sensation à l'idée abstraite ou au sentiment le plus pur. Éléments intellectuels et éléments affectifs sont des acquisitions d'ordre différent, mais qui subissent de la part de l'esprit le même travail d'élaboration, obéissent au même mécanisme et restent *soumis aux mêmes lois*. L'idée et l'affect se parfont par des modes identiques, atteignent à une égale noblesse, et, à bien examiner les choses on chercherait vainement entre eux des motifs valables de préséance.

I. ASSOCIATIONS AFFECTIVES. — Dans une vue purement psychologique, RIBOT a bien montré comment les lois d'association et d'abstraction s'appliquent aux sentiments et émotions. Le sentiment s'élabore comme l'idée.

« Si nous comparons, dit-il, les émotions primitives aux perceptions les plus simples de la vue et de l'ouïe, les émotions complexes répondront à la perception d'un grand paysage ou d'une symphonie ». Les émotions primitives et principales engendrent les émotions secondaires et dérivées par trois mécanismes : *évolution, arrêt de développement, composition*. Ce dernier mode particulièrement intéressant en raison de son caractère associatif immédiatement saisissable, et des

vues organiques qu'il rend possibles, se fait par mélange ou par combinaison et donne ainsi naissance à des composés binaires, ternaires, quaternaires, etc...

Dans un mélange, les éléments s'accolent sans se pénétrer et demeurent reconnaissables. Ainsi, l'état affectif désigné par le mot jalousie, composé ternaire, se laisse facilement dissocier par l'analyse, en :

— un élément de plaisir, relié à la représentation d'un bien possédé ou convoité ;

— un élément de chagrin, lié à l'idée de dépossession ;

— de la colère ou de la haine, liées à la représentation de la cause de cette dépossession.

De même dans le respect, se retrouve aisément les sentiments de crainte, d'obéissance et d'amour.

Au contraire, l'émotion (ou le sentiment) qui résulte d'une combinaison diffère par sa nature ou ses caractères de ses éléments constituants et apparaît dans la conscience comme un produit nouveau, une unité irréductible. « C'est un cas psychologique qui a en chimie des équivalents bien connus ». L'émotion du sublime, éprouvée par exemple devant un énorme massif montagneux, se compose d'éléments discordants (1) fondus dans une synthèse ;

— un sentiment pénible d'angoisse, de diminution de vie ;

— la conscience d'un élan, d'une énergie déployée ;

— le sentiment conscient ou inconscient de notre sécurité en face d'une puissance formidable.

Supprimez une donnée, la synthèse est anéantie. Si par exemple le dernier élément fait défaut, il ne reste que la peur. « Ces trois éléments coexistants et en état d'indépendance réciproque entrent comme masse dans la conscience qui les prend pour une unité irréductible ». Nous pourrions multiplier les exemples. Ceux-ci nous paraissent illustrer suffi-

(1) Bien entendu ce mot n'a pas sous la plume de Ribot son sens psychiatrique.

samment le rôle du mécanisme associatif dans la genèse des états affectifs complexes.

II. ABSTRACTIONS AFFECTIVES. — L'esprit ne réserve pas davantage son activité abstractive au domaine intellectuel. « Quand on parle d'abstraction ou de généralisation, il est toujours entendu implicitement qu'il s'agit d'une opération de l'esprit qui s'applique aux données des sens, qui reste dans l'ordre intellectuel. En réalité, chez les hommes doués de mémoire affective (cette condition est naturellement essentielle) « il y a les matériaux d'une abstraction émotionnelle », qui s'opère en trois temps. Des émotions se produisent (« premier moment ») — elles laissent des résidus capables d'être ravivés comme souvenirs (« deuxième moment ») — les souvenirs particuliers se fusionnent en un état de conscience unique (« troisième moment ») qui n'est autre chose qu'un abstrait d'émotion.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer intégralement l'exemple par lequel RIBOT illustre cette thèse :

« L'impression que nous donne la visite d'un monastère bien réglé ne consiste pas uniquement dans ce qui est perçu, vu, entendu. Elle ne vient pas simplement de son architecture, de son église, de son cloître, de ses cérémonies, mais il sort des hommes et des choses un ton émotionnel commun qui vous pénètre : calme, recueillement, silence, piété, mysticité. Cette émotion, abstraite de l'ensemble, peut encore devenir plus abstraite et plus générale, si notre expérience est plus étendue, si elle résulte de l'impression de plusieurs monastères, de règles différentes, de pays divers. De même, que dans l'ordre intellectuel, nous nous faisons la représentation abstraite d'un monastère qui est, ou le résumé des caractères essentiels communs à tous, ou la représentation d'un seul qui devient le substitut de tous les autres, de même, *dans l'ordre affectif*, une impression surgit des cas particuliers qui sont eux-mêmes une condensation d'impressions et

devient la marque émotionnelle qui s'applique à tous ensemble et à chacun.

Ainsi, les émotions en tant qu'émotions, les états affectifs en tant qu'états affectifs, sont soumis comme les éléments intellectuels au travail abstraktif de l'esprit.

III. ÉVOLUTION DE LA VIE AFFECTIVE. — La vie affective ne se réduit donc pas à une mise en jeu monotone du plaisir et de la douleur, pas plus que l'intellect ne s'arrête au principe d'identité. A la matière première affective, l'esprit applique ses mécanismes habituels pour élaborer des états que séparent tout autre chose que leur seule intensité. États incomparables, tels la joie et l'étonnement, la colère et l'effroi. États qui, même voisins, restent finement nuancés : il n'y a pas que la différence du plus au moins entre le plaisir, la joie, le bonheur, le ravissement, l'extase, qui ne sont synonymes dans aucune langue. États qui, par leurs infinies combinaisons, peuplent l'esprit de véritables représentations affectives, de complexes remaniés et décantés qui équivalent aux abstractions intellectuelles. États qui parcourent toute la gamme des qualités, et gravissent tous les degrés de la hiérarchie. Le même abîme sépare la joie supérieure qui illumine l'appréhension soudaine d'une vérité scientifique, de la décharge affective que déclenche un acte sexuel, et les grossières opérations d'un esprit débile des hautes spéculations d'un mathématicien. Ainsi passe-t-on du comportement générique au comportement individuel. L'individu est aussi original par ses représentations affectives que par ses représentations intellectuelles.

L'évolution des éléments affectifs offre un tel parallélisme avec celle des éléments intellectuels qu'on la désigne couramment sous le nom d'« intellectualisation des sentiments ». Expression pauvre et créatrice d'équivoque. Dans l'impossibilité de l'accepter dans sa lettre, (il est concevable qu'un sentiment appelle une idée, mais non qu'il *devienne* une idée)

force est de choisir entre deux alternatives : ou bien il s'agit d'un *affaiblissement* de l'affectivité devant l'enrichissement de l'intellect qui prend nettement le pas sur elle. Cette opinion de RIBOT cadre difficilement avec l'expérience commune, au moins celle des hommes supérieurs, qui veut que les joies les plus délicates soient aussi les plus vives. — Ou bien sous l'influence des éléments intellectuels l'affectivité se transforme et revêt des caractères nouveaux. C'est le seul sens que nous puissions retenir. Sans nous arrêter ici à l'influence de l'idée sur cette évolution, nous constatons que cette forme nouvelle d'affectivité se rencontre dans des complexes extrêmement riches en éléments intellectuels. C'est qu'aux éléments les plus purs de la pensée logique ne peut s'accoler qu'une forme très évoluée d'affectivité. Une abstraction intellectuelle ne s'accompagne d'une « émotion grossière » que dans le royaume de la pathologie. L'affectivité évolue de concert avec l'intellect et s'élève à la hauteur où se situent les formes les plus abstraites de la pensée symbolique.

IV. INTERRÉACTIONS IDÉO-AFFECTIVES. — Il est aussi vain de vouloir fonder une préséance sur leur action réciproque. Ce temps est assez disposé à reconnaître la puissance de l'affectivité sur la vie intellectuelle, et la thèse par laquelle « la passion » imprime au jugement sa direction particulière, et les révolutions affective. suscitent les constructions délirantes, a été suffisamment défendue pour que nous nous y arrêtions.

Mais cela ne doit pas faire rejeter dans l'ombre la part importante qui revient aux éléments intellectuels dans la vie et la mort des affects, Certains d'entre eux sont inexplicables sans l'intervention la plus active de l'intellect. Telles les émotions par « arrêt de développement » de RIBOT qui sont pour ainsi dire façonnées par les éléments idéiques. « Il y a d'une part des tendances affectives qui vont dans le sens de l'impulsion, d'autre part des images, idées, états intellectuels quelconques qui agissent dans le sens de l'arrêt, en

sorte que l'émotion résultante se compose à la fois de mouvements et d'inhibition de mouvements. Ainsi la haine est faite de deux éléments antagonistes : l'un, primitif, tend à la destruction de l'ennemi, l'autre, fait de réflexion et de calcul, consiste dans la représentation des conséquences, dans la crainte des représailles des lois divines ou humaines ». Nous saisissons ici la soi-disant intellectualisation d'une émotion, et comment la colère se transforme en un état moins brutal et stéréotypé, plus noble : la haine. C'est par le même processus que vient au jour cette affectivité supérieure, détachée du corps, dont nous venons de parler, et dont la noblesse ne le cède en rien aux productions de la pensée symbolique.

V. LOCALISATIONS. — Issues toutes deux de l'activité de l'encéphale, la vie affective et la vie intellectuelle ont pour commun berceau la cellule nerveuse. Faut-il reléguer à un étage inférieur la « cellule affective », jugée incapable d'élaborer des éléments aussi différenciés que les intellectuels, et lui interdire tout accès au cortex ? Aujourd'hui tous les esprits ne sont plus disposés à la faire. Ces considérations ne reposant sur aucun fait anatomique seront courtes. Cependant, nous ne pouvons résister au désir d'évoquer les auteurs qui ont soulevé ces problèmes. « Les sentiments moraux nous causent un plaisir qui paraît ne rien emprunter à une répercussion venue des régions inférieures », dit W. JAMES qui n'a jamais confondu les émotions grossières et les émotions délicates. André COLLIN oppose à la rapidité d'apparition de l'émotion-choc « l'éveil tardif de l'émotion sentimentale ». L'enfant aime sa mère et craint son père, mais il ne *respecte* pas ses parents. Il n'est pas capable de complexes aussi évolués, car leur genèse suppose la myélinisation de nombreux territoires corticaux. Pour les ABELY qui citent ce même auteur, « il n'y a pas seulement une affectivité sous-corticale mais une affectivité corticale et plus

spécialement frontale qui serait le siège des sentiments, dont l'activation est peut-être partiellement d'origine cénesthésique, mais surtout d'origine corticale ».

De ces hypothèses, nous ne retiendrons provisoirement qu'une chose : c'est que les auteurs partent de la *similitude des fonctions* pour en inférer à la similitude des localisations, et nous croyons avoir suffisamment démontré que les éléments affectifs se comportaient comme les intellectuels. La pathologie nous montrera comment l'atteinte primitive d'un mécanisme de base tel que le mécanisme associatif peut retentir immédiatement sur les uns et les autres, sans qu'il soit nécessaire de passer d'abord par l'un ou par l'autre. Ce qui, bien entendu, n'exclue pas leurs importantes et multiples interractions. Bref, si, psychologiquement parlant, l'affectivité ne se réduit pas à une modalité inférieure de l'activité de l'esprit, simple ornement accroché en bordure des productions de l'intellect, en pathologie, les troubles affectifs ne se présentent pas davantage comme des corollaires des troubles intellectuels, qui leur seraient dans tous les cas et nécessairement subordonnés. Pas plus qu'ils ne commandent par voie de conséquence tous les troubles de l'idéation.

C'est à cette conclusion qu'aboutissent nos recherches expérimentales. La *schizophrénie* détermine des troubles intellectuels, affectifs et nous ajouterons psycho-moteurs, d'ordre structural, qui ressortissent à la même cause et prennent le même rang sur l'échelle des effets.

La régulation

I. HYPOTHÈSE D'UNE ACTION RÉGULATRICE. — Le jeu normal des associations est donc fait de liberté et d'harmonie. L'intégrité des éléments connectifs assure le facile écoulement de l'influx nerveux : à l'aisance de son débit correspond la fluidité de la pensée et la liberté de son cours.

En outre, ce cours est dirigé, canalisé dans des voies préférentielles : la mise au point des synapses, sous l'effet de mille répétitions, rend possible la combinaison harmonieuse des éléments idéiques, affectifs et psycho-moteurs, qui s'appellent et se fusionnent par associations, légitimes, puisqu'elles sont à l'image du réel. Mais ici surgit un nouveau problème. Pourquoi ce pouvoir de reconstitution dynamique n'aboutit-il pas en permanence à la réalisation ? Pourquoi, en dépit de leur tendance, latente mais toujours présente, à se reproduire, l'univers des combinaisons ne se met-il pas *nécessairement* sur pied ? Bref, quelles causes déterminent l'individualité et l'originalité des constructions actuelles ? Nous n'avons, certes pas, l'ambition de traiter ce vaste problème, mais en l'effleurant, nous trouvons l'occasion d'émettre une hypothèse qui nous permettra d'interpréter certains troubles de l'affectivité que nous avons observés au cours de l'activation insulinaire. Normalement, la représentation idéique de la mort d'un ami ou d'un père ne déclenche pas sûrement et à tout coup une explosion affective douloureuse. Il faut, pour que se réalise la conjonction de ces deux états, affectif et intellectuel, et de leur satellite moteur : la mimique du chagrin, l'intervention d'un facteur essentiel qui est le sentiment de la réalité du fait. Sans lui, l'affinité puissante qui les projette l'un vers l'autre est tenue en échec. Ici entre en scène, la notion d'une action inhibitrice, qui conduit immédiatement à celle d'action régulatrice : les édifices construits par l'expérience et qui, grâce à la facilitation mnémonique ont une tendance permanente à se reconstituer, sont soumis à un contrôle qui commande leur libération. Nous ne pouvons, à ce propos, passer sous silence l'hypothèse d'un appareil régulateur du psychisme, soulevée par CAMUS.

II. APPLICATION DE LA LOI DES ACTIONS ANTAGONISTES A LA VIE AFFECTIVE. — Pour nous, dans un tel contrôle se trahit l'intervention d'une grande loi, qui régit le fonction-

nement du névraxe. La vie psychologique plonge si intimement ses racines dans la vie du neurone que nous devons rencontrer sans surprise dans le domaine mental des échos directs du système nerveux. Les phénomènes mentaux, si dégagés qu'ils semblent à première vue de leur origine, restent soumis aux lois générales de leur premier instrument. L'une d'elles présente pour nous un intérêt tout particulier : celle des actions antagonistes. Nous en trouvons une application purement neurologique dans le rôle coordinateur du cervelet : si, dans un ensemble musculaire mis en jeu par un acte déterminé, chaque fibre présente un degré optimum de contraction qui réalise par addition avec les voisines l'eumétrie de cet acte, c'est qu'elle obéit aux incitations appropriées que lui dépêche l'appareil de coordination. Une analyse précise permet de ramener ces multiples actions musculaires à deux directions générales : l'une, qui tend positivement à la réalisation de cet acte ; l'autre, qui lui est directement opposée. Le rôle de cette seconde action freînatrice est de la plus haute importance, car c'est elle qui mesure, corrige, précise l'exécution de l'acte, bref, le rend utilisable en l'adaptant au but actuel. Cette même loi, croyons-nous s'applique aux constructions de l'esprit. Les divers éléments psychiques n'obéissent à leurs affinités que dans la mesure où elles ne sont pas compensées par une influence contraire. En dépit de son allure tautologique, cette affirmation répond à des faits précis : ce pouvoir inhibitif sur la genèse des combinaisons qui tendent à s'édifier spontanément en lui, qui le délivre du comportement automatique et réflexe, n'est-il pas la plus haute acquisition, et la plus belle conquête de l'homme ? Nous verrons comment la connaissance de cette loi permet de retrouver en pathologie mentale, particulièrement chez les Schizophrènes, des troubles tout à fait comparables à la dysmétrie et à l'hypermétrie.

Notre pensée peut aisément s'éclairer d'exemples concrets. C'est ainsi que le tremblement et la maladresse émotionnelle,

dysmétrie *psychomotrice*, s'expliquent par un défaut primitif de l'appareil de coordination psychique qui retentit sur l'appareil cérébelleux (1). Nous reviendrons sur l'exemple utilisé plus haut, car, outre notre intention de nous arrêter aux faits d'ordre affectif, il permet de préciser le mode suivant lequel s'exerce l'action régulatrice. Soit un centre affectif, prêt à libérer son énergie. Une représentation intellectuelle liée naturellement à un puissant état affectif, tel que la perte d'un ami, exerce sur lui, par voie associative, une action positive dans le sens de l'excitation. Mais il reçoit également par d'autres voies, d'autres incitations qui vont, ou appuyer, ou compenser la première. Si, en effet, cette représentation répond à la réalité, l'état affectif adéquat se déploiera librement et l'émotion sera vive, mais dans le cas contraire, elle n'éveillera qu'une résonance lointaine. C'est qu'intervient alors la foule des représentations dont l'influence actuelle ou latente confère à tels éléments idéiques le caractère du réel ou de l'imaginaire. Cette indéfinissable état idéo-affectif où se trouvent engagés d'innombrables éléments et que, l'on nomme « sentiment du réel », agit sur le centre affectif pour vérifier et adapter sa réaction. Ainsi, le jeu des actions antagonistes fait la perfection des combinaisons psychiques. Plus il est actif, plus les éléments de contrôle s'imposent, plus les apports associatifs légitimes sont nombreux et délicats, et plus la résultante est nuancée, modulée, adaptée à sa cause première.

(1) Nous faisons les mêmes réserves qu'à propos des termes « centre intellectuel ou affectif » et nous n'envisageons nullement l'existence d'un appareil localisé.

Conclusion

S'il est impossible d'envisager l'existence dans l'encéphale de centres psychiques localisés, on peut par contre accepter sans trop de répugnance une image structurale de l'esprit : ensemble d'éléments qui se groupent au gré de leurs affinités en multiples noyaux, dont les échanges se font harmonieusement par le jeu réglé des associations. Nous ne pouvons résister au désir de citer un passage de PIÉRON qui illustre éloquemment cette conception.

« La pensée est dynamisme, la pensée est association. Aussi, apparaît-il avec évidence que l'exercice de la pensée requiert des voies associatives nombreuses, d'autant plus nombreuses qu'elle sera plus riche, reliant avec des éléments d'étape et d'aiguillage les stations réceptrices, les stations incito-motrices, et leurs centres coordinateurs, reliant surtout les nombreux agents de ces stations d'une infinité de manières.

« Et l'on voit en effet, que les progrès de l'intelligence chez les vertébrés marchent de pair avec le développement des voies associatives. Si l'on fait la part de ce qui relève des stations réceptrices et incito-motrices, ayant besoin d'un nombre d'agents d'autant plus élevé que la grandeur du corps, avec ses surfaces de réception ou de réaction, s'accroît, on trouve qu'il reste dans les différentes espèces animales une partie du cerveau qui est proprement associative, indépendante de la taille et très caractéristique du niveau intellectuel de ces espèces.

« Dans les régions où les synapses sont complexes et variées, en dehors des fonctions coordinatrices, il n'y a pas de doute que la rupture de telle ou telle voie, la destruction de tel ou tel neurone d'étape impliqué dans un processus, ne rende impossible le processus défini impliquant cette voie, ce neurone. Seulement la réalisation d'un processus équiva-

lent ne permettra pas en général *la mise en évidence d'une lacune d'ailleurs minime et qui, même sans suppléance, serait évidemment bien difficile à déceler* ».

C'est précisément sur la conviction que nous avons rencontré en l'Insuline un révélateur d'une grande sensibilité que repose cette thèse. Aussi allons-nous maintenant examiner à la lumière des faits comment le processus schizophrénique s'attaque au mécanisme associatif, fausse le jeu normal des allinités et s'oppose aux actions régulatrices, décompose les complexes normaux comme un prisme la lumière et permet l'édification de combinaisons monstrueuses, pour aboutir finalement dans tous les domaines de l'activité psychique à une dislocation anarchique dont les effets se laissent difficilement ramener à une formule générale.

CHAPITRE III

LES STRUCTURES SCHIZOPHRÉNIQUES

Voici donc ébranlé l'état chronique interminable sous lequel se présentent la plupart de nos sujets d'Asile. Sous l'action du choc, l'esprit quitte le stade de Schizophrénie inactive où il s'était fixé pour un temps et s'engage dans un remaniement plus ou moins profond. L'influx nerveux s'écoule à nouveau et donne naissance à une activité psychique qui s'extériorise plus volontiers, mais il rencontre sur son chemin soit des obstacles, soit des débouchés inhabituels, qui vont avoir pour répercussion mentale le *dysfonctionnement associatif*. Ce sont ce défaut d'associations escomptées et cette présence d'associations inattendues, ces ruptures et ces conjonctions illégitimes, que nous allons essayer d'analyser à la lumière fugitive de l'activation insulinique.

Il ne peut être question d'écrire *in extenso* le journal de nos 87 malades. Leur évolution générale ne prendra tout son intérêt qu'au moment où nous discuterons de la « guérison », et nous ferons alors un tableau complet de nos cas les plus démonstratifs. Étant donné le point de détail qui nous retient provisoirement : les troubles d'origine associative dans les sphères affectives et psycho-motrices, nous nous bornerons ici à éclairer notre pensée, au fur et à mesure des besoins, par des exemples de complexes altérés saisis sur le vif. Exemples montrant comment un noyau perd ses connexions normales et subit la greffe de connexions parasites

Pour une pure raison de commodité, nous accepterons provisoirement la distinction arbitraire entre les synthèses qui ont trait au monde extérieur et les autres, et nous userons de l'image courante qui attribue à l'esprit une « surface » et une « profondeur », et aux noyaux psychiques des connexions dirigées dans les deux sens. Nous abandonnerons au plus vite ce langage, et cette pseuso-représentation spatiale de l'esprit.

Les troubles déficitaires

« Que ce soit comme unité, ou dans des combinaisons diverses, les liens associatifs... peuvent perdre toute influence dans la pensée des schizophrènes » (BLEULER).

Et dans leur vie affective, ajoutons-nous.

I. — *Le malade V.*, âgé de 33 ans, témoigne depuis 1 an d'une indifférence absolue à l'égard des siens, qui affecte péniblement sa jeune femme. Son mutisme est total, et les jours de visite, il n'a pas une parole ni un regard pour elle, non plus que pour sa fillette. C'est en vain que nous évoquons fréquemment devant lui ces deux personnes « qu'autrefois pourtant il aimait beaucoup ». Le 20 mars, au sortir de son troisième coma, au cours d'une agitation onirique, il exprime le désir ardent de voir son père. Le 25, réveil calme et silencieux. Son visage reflète l'expression nouvelle d'une pensée active, qui nous attire et nous engage à rechercher un contact. Aucune réponse aux questions posées sur lui-même. L'évocation du souvenir de son père, porteur quelques jours auparavant d'une forte charge affective, reste sans écho. Celui de sa femme n'ayant pas plus d'action, nous mettons en jeu celui de sa fillette. Son nom produit un effet magique : le visage de V. passe de l'indifférence à l'expression de la douleur la plus vive. Il se retourne pour prendre dans un tas de papiers une photographie de sa fille que personne ne lui connaissait plus depuis longtemps, et la regarde longuement sans rien dire tandis que d'abondantes larmes coulent de ses yeux. Nous lui retirons cette image sans rencontrer de résistance. V. lève alors les yeux devant lui et murmure d'une voix excessivement basse, dans un véritable souffle « Elle serait mieux dans le pays de

ma femme que dans le mien ». Le souvenir de son père et de sa femme utilisés à nouveau restent inopérants.

Ultérieurement, la pensée de sa fille perdra toute activité, tandis que celle de son père sera mêlée aux explosions affectives les plus bruyantes.

Le malade P., âgé de 25 ans, plongé dans le mutisme le plus strict, et qui est resté réfractaire depuis que nous l'observons à toutes les tentatives de contact, reçoit ses parents depuis des années avec la plus parfaite indifférence. Il porte sur les lèvres un éternel sourire niais. Neuf comas n'ont provoqué en lui aucun ébranlement apparent. Cependant, après un choc particulièrement sévère, un jour où son père et sa mère s'entretiennent devant lui de son frère qui fait son service militaire et vient d'être nommé caporal, il s'empare spontanément d'un crayon et d'un journal pour écrire dans la marge « Bonjour au gradé ». Ses parents joyeux, mais vite déçus, s'efforcent en vain de lui arracher une parole.

— Chez des malades indifférents et muets depuis des années, voici donc que se rétablissent en éclair des points de contact avec le monde extérieur. A l'aide d'un nom, nous pénétrons à nouveau dans un psychisme jusqu'ici fermé de toutes parts. Un noyau isolé, depuis longtemps indécélable, récupère soudain ses connexions avec la « surface » et vient émerger sous nos yeux. Fait remarquable, ce contact est unique, tous les autres restent coupés. Sensible sur un point, le malade demeure impénétrable par tout autre. Tous nos efforts échouent, qui voudraient ramener à la lumière des complexes appréhendés dans d'autres circonstances, et qui n'apparaissent qu'à leur heure, au hasard des points d'application de l'action insulinique.

Ainsi se trouve accidentellement révélée l'existence d'un noyau dépouillé en temps habituel de toutes ses connexions avec la superficie.

II. — Le plus souvent, les éléments émergés surprennent par leur caractère *anormal* et leurs multiples défauts. C'est

que le processus schizophrénique isole aussi le noyau psychique dans la « profondeur » et coupe ses échanges avec les centres adjacents. Privé de connexions venues de toutes les régions de l'esprit, il perd le bénéfice d'apports associatifs nombreux qui sont autant d'éléments nécessaires à sa perfection. Cette dégradation présente plusieurs degrés.

a) L'atteinte légère équivaut à la perte des harmoniques les plus fines. L'édifice psychique est « subnormal » et se reconnaît encore, mais il est décapité de tous les apports de luxe qui concourent à son harmonie, et se présente sous un aspect désagréable. Telle ces électrophones dont les hauts-parleurs ne restituent pas toute la gamme des fréquences et choquent les oreilles musicales, l'âme du Schizophrène rend un son grinçant qui affecte l'âme normale. Cette perte des nuances qui s'explique par l'absence d'associations habituelles répond bien au « défaut de modulation » dont parle BLEULER, à cette rigidité affective qui apparaît en particulier à l'occasion du jeu : « Leur jeu offre toujours une allure enraidie. L'initiative fait défaut ».

Le malade Hm., interné depuis juin 1936, est favorablement modifié par une série de 17 comas. Il reprend une certaine activité, et en particulier, il fait son lit chaque jour et joue aux cartes avec un plaisir visible. Mais, au dire de ses partenaires, sa joie sonne faux, « il rit jaune », son expression est bizarre, guindée, et au total désagréable. Bref, elle ne présente plus cette harmonie minima caractéristique du son humain, et n'éveille en nous aucune résonance, aucune « sympathie » dans le sens propre du terme.

— Le dépouillement peut être total et l'édifice se présente à nu, avec la dureté et la sécheresse d'un schéma :

Le malade Le. est resté 3 années sans se livrer à aucune manifestation affective à l'endroit de sa mère. Le 3 mars 1937, il sort de son coma à midi trente. A la visite de 13 heures, sa mère croit surprendre un regard chargé d'un certain intérêt. Elle lui adresse la parole :

- Bonjour.
- Bonjour (*Il regarde droit devant lui*).
- Me reconnais-tu ?
- Oui.
- Tu m'aimes bien ?
- Oui.
- Veux-tu m'embrasser ?
- Oui.

Il exécute cet acte avec la rigidité d'un mannequin, colle sa joue contre celle de sa mère, en regardant toujours devant lui, fait un mouvement des lèvres dans le vide, et revient à sa position première.

— Ce défaut d'harmoniques « de luxe » aboutit dans certains cas à des constructions moins déplaisantes, péchant par exemple, par un manque de maturité et une simplicité excessive comme celles de l'enfant. Dans ce *puérilisme* que nous avons observé à l'état pur (il ne s'agit pas de l'affectation des grâces mièvres de l'enfant, qui est positivement une recherche et se rattache au maniérisme tel que nous le rencontrerons dans un instant) se trahit un manque important d'apports associatifs. Les états affectifs et leurs expressions motrices restent trop claires, trop simples, trop unies, en même temps qu'excessives parce qu'elles ne reçoivent pas les innombrables retouches que leur impriment normalement les riches acquisitions de l'adulte.

Le malade D., très discordant et très craintif, se soustrait peureusement à toute approche. Les rares paroles qu'on lui arrache sont d'une incohérence totale, et sa mimique affective est pareillement impénétrable. Il est mis en traitement le 22 février 1937. Le 18 mars après un coma bruyant, dans l'ivresse du réveil, il appelle son « papa ». A partir de cette date, il devient de jour en jour plus abordable, en même temps que se rectifient son langage et sa mimique. Finalement, il se fait confiant et intelligible, et nous parvenons à certains échanges.

Son journal met cette évolution en lumière. Nous faisons appel pour émouvoir D. à la puissante sensation de faim qui saisit habi-

tuellement les malades au sortir du coma, et nous l'interrogeons quotidiennement sur ce sujet.

Tout d'abord, la question : Avez-vous faim ? Voulez-vous manger ? se heurte au silence le plus complet, et ne déclanche si elle se répète qu'une mimique d'effroi. Rapidement, dès le surlendemain, cette crainte morbide s'estompe, et D. bredouille quelques mots insaisissables. Puis la voix s'affermit, et nous recueillons des réponses audibles, quoique tout à fait obscures. 8 jours s'écoulent. Le 9^e, nous croyons saisir dans ses propos un lointain rapport avec nos questions, et dans les jours qui suivent, bien que nous nous défendions contre les illusions que peut donner un malade familier, nous ne pouvons nous garder de l'indéfinissable impression que la pensée de D. se précise, et avec elle ses adjuvants affectifs et psychomoteurs. Un jour, survient une réponse que nous interprétons franchement : Avez-vous faim ? R. : En direction, pas l'abondance. Ce qui, pour nous, veut dire : Oui, mais peu. Nous acceptons dès ce moment cette traduction problématique en raison des modifications concomitantes qui surviennent chez D., car cet exemple de détail que nous avons choisi est évidemment extrait d'un comportement global. A partir de là, le langage de D. ne cesse de décrire, autour du terme propre, un cercle qui se rétrécit progressivement et nous obtenons finalement des réponses limpides, telles que : Faim, oui. Appétit, beaucoup d'appétit.

Mais là s'arrête la progression. Le langage reste « petit nègre », et conserve la syntaxe squelettique de la langue infantine. Or, de toute évidence, le même terme s'impose à la restauration de son affectivité et de sa mimique. D. est humain, mais puéril. Cet homme de 30 ans a, l'âme et le visage, les joies et les chagrins, les grimaces, les rires, les cris et les pleurs de l'enfant. Il accueille son repas en battant des mains, et le médecin avec une crainte puérile. L'interjection : Na ! accompagne chacune de ses phrases, et il réclame fréquemment « sa maman ».

Ces imperfections éclatent avec une netteté particulière à l'occasion d'une intervention de petite chirurgie. Les préparatifs de l'incision d'un abcès déclenchent une crise de frayeur et de désespoir enfantins. Il se colle contre l'infirmier, lui jette les bras autour du cou, pousse des cris aigus, avec de gros sanglots entrecoupés de reprises respiratoires bruyantes, et jette des supplications risibles : « J'veux pas, na ! pas d'piqûres, na ! pas d'médecin, na ! m'man, m'man ! méchant docteur, etc... »

— Chez D. l'Insuline n'a donc rétabli qu'un certain nombre de contacts, et ses états affectifs, quoique améliorés, continuent à souffrir dans leur structure de la pénurie d'apports associatifs.

b) A un degré de plus, l'altération dépasse la sphère des harmoniques et atteint le son fondamental qui les supporte. Non seulement sont écartés les apports associatifs qui le parfont, mais aussi ceux qui le conditionnent absolument, le créent. Le processus schizophrénique, non content de couper les connexions du noyau psychique avec les éléments adjacents, s'infiltré en lui, sépare ses parties intégrantes et le détruit par division. Le travail de dissociation s'attaque ici aux affinités essentielles, responsables de ces assemblages cellulaires caractéristiques qui sont la base des divers complexes, et ceux-ci, suivant la dégradation de leurs fondations organiques, se fragmentent plus ou moins jusqu'à disparaître.

L'unité psychologique que nous avons schématiquement définie comme un composé hétérogène d'un concept, d'un affect, et d'une réaction motrice se trouve alors amputée d'un de ses éléments. Ainsi prennent naissance ces inaffectivités électives, ces désintérêts pour ainsi dire localisés, que les malades constatent et avouent comme une impuissance sans pouvoir en donner la moindre explication, fût-elle délirante. Tout se passe comme si certains noyaux intellectuels conservaient leurs connexions avec les centres affectifs, tandis que d'autres en sont frustrés et apparaissent comme des îlots sans dépendances. L'Insuline reconstitue des groupements incomplets qui répondent à ces fragments.

Alors que le malade R. T., qui « paraissait depuis longtemps n'avoir plus de sentiments » récupère une affectivité étendue, court au-devant de sa mère en gambadant, engage son père à bien manger parce qu'il a « fâcheusement maigri » et s'inquiète de tous les siens sans exception, le malade Po., ne s'intéresse qu'à sa mère et à sa sœur qu'il reçoit très bien les jours de visite et qu'il réclame entre

temps. De même, Fo., manifeste une reprise d'intérêt particulièrement vivace à l'endroit de son frère et d'une tante, mais reste totalement indifférent à l'égard de ses parents. « Et pourtant il me reconnaît bien maintenant, il m'appelle maman. Mais il ne paraît pas plus content de me voir. Quand je lui parle de son frère, il est tout changé. De sa tante aussi. Pourquoi sa tante ? Je lui ai demandé s'il avait quelque chose à me reprocher, s'il m'en voulait. Il me répond toujours non ». Nous constatons nous-même l'animation dont Fo., fait preuve à l'évocation de ce frère et de cette tante et restons impuissant (bien qu'il s'épanche volontiers) à déceler la moindre hostilité qui expliquât sa réserve à l'égard de sa mère.

Les représentations qui ont trait au frère et à la tante éveillent donc une puissante résonance affective. Celles qui se cristallisent autour des concepts de père et de mère restent sans écho.

— Cette dissociation fait parfois un choix véritable entre les représentations liées à une perception actuelle et celles qui naissent en qualité de souvenir. En voici un exemple :

M., âgé aujourd'hui de 28 ans, fut un enfant très affectueux. « Il aimait toute sa famille », et particulièrement sa mère et ses sœurs. Marié en 1931, il travaille à la Samaritaine où il prend part malgré lui aux grèves de juin 1936. Il reste ainsi trois jours enfermé dans le magasin pensant avec angoisse à son jeune fils alors malade et alité chez lui. A son retour, éclate une violente crise d'anxiété avec pleurs et cris de désespoir, qui cède rapidement. « Il redevient normal et aussi gentil ». Plusieurs mois après, un matin, il refuse de se lever, se lamente, devient hostile, et son état empire si bien qu'il motive un prompt internement. A l'asile, il se montre hostile, muet, et se refuse à toute conversation.

A la suite du traitement, se produisent les modifications suivantes : Disparition de l'hostilité, du moins à l'égard du médecin à qui il fait des confidences. Témoignage d'une vive émotion à l'évocation du souvenir de sa mère dont il parle avec la plus grande tendresse. Inaffectivité absolue à l'égard de ses sœurs, même présentes et l'entretenant elles-mêmes de leur mère. Ce souvenir de leurs jeunes années, ce commun amour filial, d'enfants particulièrement affectueux, les liaient si étroitement à leur frère qu'elles espéraient

bénéficier de sa récupération affective. Il n'en est rien, elle demeure strictement élective, et seul un souvenir bien déterminé parvient à émouvoir les centres affectifs de M...

Pareille différence d'écho affectif peut s'observer entre un souvenir et une perception actuelle ayant un objet identique. C'est ainsi que, au bout de 4 comas, G. réclame sa mère avec insistance, mais lui oppose le jour de visite la plus complète indifférence, bien qu'il la reconnaisse. C'est, croyons-nous, qu'une perception actuelle donne naissance à une représentation précise, aux contours nets, serrés comme un dessin d'Ingres, et qui reste dans le cas de G. dépourvue de liens affectifs ; tandis qu'un souvenir échappe à la tyrannie de l'actuel, n'a pas de frontières délimitées et reste ouvert à tout un monde d'éléments dont certains ont conservé ou récupéré chez lui leurs relations avec les affects adéquats. C'est une expérience fréquente que l'émotion du souvenir dépasse celle du fait.

C'est ainsi que s'éclaire pour nous l'observation de BLEULER : « Le S. n'est pas un affaibli ; il ne l'est que par rapport à certains complexes » Nous insistons sur le fait qu'aucune idée délirante ne justifie ces désintérêts localisés : « Les sentiments qui subsistent le doivent sans doute au hasard » (Bl.) et que pour nous « complexe » comme « noyau psychique » répondent à la définition que nous avons donnée à plusieurs reprises (page 25).

c) Ainsi l'action dissolvante de la schizophrénie dépouille le complexe des harmoniques qui le paraient des tonalités humaines. Ainsi l'ampute-t-elle par division d'une ou plusieurs de ses parties intégrantes. Mais, en dépit de ce dernier mode de dissociation, il convient d'écarter dès maintenant l'idée d'une ataxie systématique entre l'intellect, l'affectivité, et leurs conséquences réactionnelles. N'oublions pas que les productions de ces trois modes d'activité de l'esprit sont elles-mêmes complexes au sens le plus propre du terme.

Nous avons assez longuement montré combien l'esprit applique ses mécanismes constructifs aux affects, pour en faire des combinaisons aussi riches, étendues, et dissemblables que les concepts les plus élevés, pour perdre de vue ce fait. Aussi, tout en conservant ses éléments constitutifs, le noyau psychique peut-il souffrir de leur dégradation individuelle, de leur propre fragmentation. La décomposition, en effet, poursuit jusqu'aux unités les plus élémentaires engagées dans le jeu psychologique : les concepts, les sentiments, les phénomènes psychomoteurs, considérés isolément.

L'étude qu'a faite BLEUER des troubles de l'association des idées est une véritable œuvre d'art, qui restera le témoin de l'extrême finesse où peut atteindre l'analyse, maniée par un esprit aussi précis qu'imaginatif. Son retentissement dépasse, à notre avis, celui que prévoyait son auteur, car elle ÉCLAIRE NON SEULEMENT LES TROUBLES CONCEPTUELS, QUI SONT EXCLUSIVEMENT VISÉS PAR LUI, MAIS AUSSI NOMBRE DE FAITS D'ORDRE AFFECTIF TELS QUE NOUS EN AVONS OBSERVÉS.

De même que « les concepts sont pensés par fragments », les affects sont sentis par fragments. « Les notions ne sont pas détruites, mais en quelque sorte fragmentées ; elles ne sont plus pensées dans leur totalité ». Ainsi en est-il des productions de l'affectivité, qui n'atteignent plus à une élaboration complète.

La dégradation se retrouve à tous les degrés de la hiérarchie. Elle s'attaque aux états supérieurs, à ces abstraits d'émotions et de sentiments, ces généralisations « d'impressions qui sont elles-mêmes des condensations d'impressions », ces représentations affectives qui équivalent aux concepts ; états particuliers qui peuplent le psychisme de l'individu, lui sont rigoureusement personnels et varient indéfiniment avec l'expérience de chacun. Ces affects étendus qui embrassent dans leur cercle de nombreuses acquisitions s'appauvrissent de façon capricieuse et perdent leur parfaite congruence avec l'objet qui les motive. Pareille altéra-

tion est souvent difficile à saisir et n'éveille souvent qu'une impression indéfinissable d'étrangeté. Il en va tout autrement quand la dissociation s'exerce sur les sentiments et les émotions génériques, matière première dont se sert l'âme affective pour élaborer ses représentations originales. La fragmentation de ces affects simples et communs devient immédiatement saisissable, soit que la lacune saute violemment aux yeux, soit que les débris qui survivent choquent par leur aspect grossièrement inadéquat.

— Prenons l'exemple du malade B., âgé de 17 ans et interné depuis 1934. Orphelin de père et de mère, il lui reste pour toute famille une grande sœur qui fait preuve à son égard d'un dévouement total. Le « nouveau traitement » est par elle porté aux nues, car, constate-t-elle avec la plus grande satisfaction, « Roger paraît maintenant beaucoup plus content de me voir. Il redevient comme autrefois ». De fait, quand elle se montre à la porte de la salle, le visage de B., s'illumine et il éclate d'un rire enfantin. Mais le bonheur de M^{lle} B., s'assombrit bien vite, car la joie de son frère conserve une note déplaisante, qui l'inquiète et l'affecte péniblement sans qu'elle puisse la caractériser. « Il est heureux, mais ça n'est pas ça. » Nous n'avons aucune peine à découvrir la lacune : le jeune Roger n'a pas pour sa sœur le moindre geste affectueux, et à bien examiner les choses, son euphorie ne nous autorise nullement à conclure à la renaissance en lui de l'amour fraternel. Il semble la proie d'une joie stérile qui aurait perdue sa primitive raison d'être et se présenterait comme l'effet d'un pur automatisme, tel un réflexe conditionnel qui se déclanche sans l'intervention de sa cause initiale. Les associations acquises (et perdues par B.) qui concourent normalement à l'élaboration harmonieuse et complète d'un état affectif sous l'impulsion d'une perception actuelle, en l'occurrence la vue d'une sœur autrefois chère, sont donc ici l'objet d'une récupération parcellaire et particulièrement capricieuse.

— L'approche du médecin détermine un ensemble confus de sentiments où l'on trouve suivant les cas du respect, de l'admiration, de la reconnaissance, de la méfiance, de l'appréhension, de l'espoir, et toujours de la crainte pour cet homme qu'on ne voit qu'aux mauvaises heures et dont l'intervention bienfaisante dans le futur est souvent douloureuse dans le présent. Cet état affectif se fragmente

et libère ses divers éléments. C'est ainsi que chez De. l'activation insulínique reste incapable de restaurer des synthèses aussi riches et ne fait émerger qu'une frayeur invincible. Par contre, chez Ab., ne viennent au jour que respect et considération qui s'expriment par une observance scrupuleuse des distances, qu'aucune avance ne réussit à vaincre.

« Les altérations conceptuelles de la schizophrénie ont ceci de particulier que les notions élémentaires aussi bien que les complexes peuvent être intéressées et devenir difficiles à appréhender... Quelquefois la pensée est tellement tronquée qu'on parle alors de pensée disloquée (Dissociative Denken de ZIEHEN) et d'incohérence ». Le morcellement de l'affectivité va lui aussi jusqu'à la désagrégation de synthèses apparemment irréductibles.

Dans la *reconnaissance* s'allient un sentiment d'amour, éveillé par la satisfaction de l'intérêt personnel, et d'obligation, c'est-à-dire d'infériorité d'autant plus sentie que la distance sociale est plus grande entre bienfaiteur et obligé, qui tempère le précédent. Chez FE, cet ensemble se brise et perd son second terme : l'amour, qui survit, s'exalte sans contrainte et se dérègle. Pour témoigner de sa gratitude, ce malade couvre le médecin de caresses et lui baise tendrement les mains.

L'amour filial pour la personne du père comporte une bonne part de crainte, qui varie d'ailleurs avec le mode d'éducation utilisé. Elle émerge seule, isolée, nue, chez Ha. C'est en effet par une violente crise d'anxiété qu'il sort de son long silence affectif, provoquée par la vue de son père, et qui se renouvelle à chacune de ses visites. Celui-ci se refuse à considérer comme une amélioration cette renaissance trop parcellaire à son gré de l'affectivité de son fils.

La *pudeur* se décompose en une crainte d'agression physique, et une crainte d'agression morale qui peut disparaître, comme l'a observé GUIRAUD, pour laisser la place à la première. Ainsi Le, pousse des cris quand on découvre son lit,

cache d'abord ses organes génitaux avec ses mains, puis se pelotonne et se protège la tête avec les bras comme s'il s'attendait à une pluie de coups.

Comme un prisme décompose la lumière, le processus dissociatif étale le spectre des états affectifs les plus simples. Leurs éléments émergent à l'état pur, inhabituels, inadéquats, inattendus, et leur signification n'est plus immédiatement saisissable. La succession de ces affects dénués, de ces fragments de sentiments, offre l'image d'un cours disloqué comparable à celui de la pensée proprement dite et réalise une véritable *incohérence affective*.

III. — Les troubles déficitaires de l'affectivité, comme de l'intellect, sont donc dominés par la notion de fragmentation et de démembrement. Fait capital en même temps et aussi clairement que cette dissociation elle-même, apparaissent son caprice, son allure anarchique, son indépendance de tout système. Sans doute, comme nous l'avons vu, l'unité psychologique élémentaire que nous avons schématiquement représentée comme un composé hétérogène d'un concept, d'un affect, et d'une réaction peut souffrir de la disjonction totale de ses éléments constitutifs, et à ce prix, il est légitime de parler d'ataxie entre les activités intellectuelle, affective et psychomotrice de l'esprit. Mais rappelons encore que ce « complexe » n'est pas fait d'éléments simples, mais eux-mêmes déjà très complexes, construits sur une foule d'apports associatifs dont la richesse défie l'analyse et le nombre tout calcul, et qui prêtent le flanc pour leur propre compte au travail de désagrégation. Les déficits frappent aussi bien la structure intime des éléments que leur cohésion. Un concept peut être isolé, ou s'annexer un état affectif larvé. En fait, il en est peu qui ne conserve au moins un lambeau d'affect. La dégradation capricieuse d'édifices aussi compliqués que sont les sentiments les plus simples explique facilement l'infinie diversité des résultats observés en cli-

nique et l'insuffisance des formules générales qui s'efforcent de les définir. On chercherait en vain un point d'application électif du processus schizophrénique qui réalisât un type de dissociation déterminé.

— Cet arbitraire porte également sur la qualité des sentiments. A l'inverse de la régression sénile, la fragmentation schizophrénique ignore notre distinction entre sentiments inférieurs et supérieurs, égoïstes et altruistes. La pitié la plus vive pour les souffrances d'autrui peut s'exprimer avec force, alors que l'instinct de conservation personnelle reste muet, ou même se trouve délibérément sacrifié.

S., est inactif, muet, et indifférent à toute chose depuis 5 mois. Il est mis en traitement le 22 février 1937. Au bout du 13^e coma, réveil agité au cours duquel se manifeste un violent ébranlement affectif. Le premier état dont nous recueillons l'expression est une pitié angoissée pour son voisin de lit. Celui-ci, encore comateux, est agité de mouvements choréïques et raidis par de fortes contractures. Sa vue bouleverse S., qui nous supplie de le secourir. « Je vous en prie, Docteur, occupez-vous de M. Ab., Il souffre ! Regardez comme il se tord ! C'est affreux, Docteur, faites quelque chose ! Ne le laissez pas souffrir comme ça ! *Faites-moi souffrir à sa place !* »

Voici donc un cas où, dès la renaissance de l'affectivité, l'altruisme prend avec éclat le pas sur l'intérêt personnel, et à qui s'appliquent parfaitement les paroles de BLEULER : « On est parfois surpris de découvrir telles délicatesses de sentiment chez des sujets par ailleurs violents et malpropres. » Si dans ce cas l'activation insulinique provoque la résurrection élective des sentiments les plus désintéressés, s'ils sont moins réfractaires à une restauration que les sentiments égoïstes, c'est que leur morcellement est moins poussé. La schizophrénie ne fait pas de choix dans la hiérarchie des états affectifs.

— Capricieuse, la dissociation ne l'est pas moins dans le temps. Appliquée au même sujet et dans les mêmes conditions, la même cause d'activation ne provoque nullement

les mêmes réactions. D'un coma à l'autre, le malade est ondoyant et divers, et l'insuline fait émerger de son psychisme des états nouveaux. Puissamment affecté aujourd'hui par tel objet, il lui restera demain tout à fait indifférent, et réciproquement.

II., 29 ans, dément catatonique très hostile, s'est trouvé débloqué le 20 janvier 37. Il désespère sa famille par le caprice singulier de son comportement. D'un jour à l'autre, il n'est plus semblable à lui-même.

Jeudi 15 février. Accueil affectueux à l'égard de ses parents.

Dimanche 18. Il écoute complaisamment les nouvelles qu'ils lui donnent de son frère.

Jeudi 22. Indifférence absolue à l'égard de ses parents.

Dimanche 25. Toujours indifférent. Par contre, l'évocation du souvenir de son frère le fait sourire.

Jeudi 1^{er} mars. Indifférence complète.

Dimanche 4. Embrasse sa mère. Ne prononce pas une parole.

Jeudi 7. Demande spontanément des nouvelles de son frère. Refuse d'embrasser sa mère, sans d'ailleurs témoigner d'aucune hostilité.

Rappellerons-nous le cas du malade V. dont nous avons déjà parlé, et qui montre alternativement l'émotion la plus vive et l'indifférence la plus complète quand on évoque devant lui le souvenir de son père et de sa fille ?

C'est que, pas plus qu'aux idées ne correspondent des « images » emmagasinées dans l'encéphale, les états affectifs ne sont supportés par des engrammes, éternellement présents, qui entrent dans le torrent psychique au gré des circonstances. Comme les concepts, ils sont des synthèses sujettes à un perpétuel travail de destruction et de restauration, d'ordre éminemment associatif auquel le processus schizophrénique apporte des entraves. Or, il semble bien que les obstacles rencontrés par l'influx nerveux n'aient rien de définitif et se déplacent facilement, puisqu'à la faveur d'une action pharmacodynamique, ou même spontanément en

apparence, si l'on se souvient des nombreuses modifications sans cause connue que révèle la simple observation clinique, une même synthèse affective puisse tour à tour être appréhendée ou rester totalement insaisissable.

Pour la même raison, chez des malades aussi troublés dans leurs associations et dont les affinités chronaxiques sont aussi instables, on ne peut à la légère parler de la « persistance » de certains sentiments. S'il est des cas où ce terme est légitime, il en est d'autres où une manifestation affective ne traduit pas un état sous-jacent permanent, mais seulement une résurrection instantanée et fugitive, que l'avenir peut-être ne connaîtra plus. On entrevoit dès maintenant l'importance pronostique de ce point quand il s'agit d'interpréter les éclats affectifs de la période de réveil.

Déficits associatifs d'allure arbitraire, capricieuse, changeante, tel est donc le premier aspect sous lequel se présentent les troubles affectifs de nos schizophrènes activés par l'action de l'insuline.

Les troubles parasitaires

« Du fait du relâchement des liens associatifs, la pensée se trouve éloignée de l'expérience et se précipite en des voies fausses ».

BLEULER

Nous venons d'examiner les effets des ruptures associatives dans le domaine affectif, et de voir comment le schizophrène, faute d'utiliser correctement les ressources de l'homme normal, est condamné à n'élaborer que des états psychiques incomplets. Suivant une théorie généralement bien accueillie aujourd'hui, ce vice est fortement aggravé par son contraire, c'est-à-dire l'apparition de contacts parasites comparables à des courts-circuits qui ouvrent à l'influx

nerveux des débouchés inhabituels, et des voies de dérivation dans lesquelles il s'égaré. Ainsi s'établissent des associations illégitimes et s'exercent des influences indues.

Cette modalité de dysfonctionnement associatif, nous l'avons retrouvée dans nombre d'états affectifs morbides extériorisés par nos malades, visant soit leur structure intime, soit leurs relations avec les éléments intellectuels ou psychomoteurs, et engendrant des troubles qui vont de la simple surcharge des constructions psychiques rencontrées chez le normal, à l'édification de complexes monstrueux, et à la création d'états affectifs absolument nouveaux.

I. — Dans un premier cas, le noyau psychique conserve sa structure essentielle. Ses éléments intellectuels, affectifs, et psychomoteurs sont tels que leur cohésion est normalement escomptée et n'a rien qui surprenne. Mais il subit de nombreuses greffes parasites qui l'enrichissent excessivement. Reconnaissable, il l'est encore et nous saisissons sans peine le « son fondamental », mais il est noyé dans une foule d'harmoniques en surnombre qui modifient sa tonalité. Ce trouble est l'inverse de celui que nous avons étudié plus haut, et qui réalise le dépouillement et la simplification schématique de la construction.

L'excès d'apports associatifs semble parfois obéir à une loi. On serait tenté d'y voir une volonté d'embellissement, qui pècherait par manque de goût. L'édifiée se surcharge d'ornements architecturaux qui lui font perdre sa netteté de lignes. Cette recherche paraît faire un choix, et par ses retouches imprimer à l'affectivité, suivant les cas, un cachet de préciosité ou de mièvrerie.

Sous l'effet du traitement, La est devenu plus sociable et ne se prête que trop aux rapports avec ses semblables. A tout propos et hors de propos il exprime les sentiments les plus raffinés. Les relations avec lui sont malaisées tant il les encombre de ses inutiles délicatesses. Le moindre incident lui sert de prétexte aux démon-

trations les plus ampoulées. S'il effleure la blouse du médecin, il s'empêtre dans des excuses interminables. La reconnaissance devient chez lui un édifice très compliqué qui a besoin pour s'exprimer de toute l'insistance et des détours de la politesse chinoise. Il se perd lui-même dans ses digressions affectives, raffine sur l'exquis et tombe dans un inextricable galimatias.

Cette préciosité des sentiments s'accompagne d'une recherche des gestes et de la voix, qu'il émet du bout des lèvres, sur un ton chantant. Sa pensée n'est pas moins imprécise, et l'ensemble constitue évidemment le maniérisme classique dont nous ne faisons ici qu'interpréter la composante affective.

Ba a jeté son dévolu sur les grâces mièvres de l'enfant. A l'inverse de De (voir page 44), son puérilisme est dû non à un défaut mais à un excès d'associations, et rend un son tout autre qui ne permet pas de les confondre. Loin d'évoquer l'idée d'un appauvrissement, ses grâces affectées imposent l'impression d'une recherche, d'un jeu, d'une attitude.

— Dans l'immense majorité des cas, les greffes parasites abandonnent toute finalité apparente et se font sur un mode anarchique qui imprime aux productions du psychisme une allure générale de bizarrerie. Sans être à proprement parlé discordant, l'affect n'est plus parfaitement adéquat au concept auquel il adhère. Son exacte congruence est altérée par l'apparition de notes insolites, qui choquent précisément par ce qu'elles ont d'inattendu et d'injustifiable. Un sujet sub-normal peut ainsi surprendre par une bizarrerie inopinée.

Il arrive que l'activation insulinique ouvre la voie à un afflux désordonné d'éléments affectifs. BL., sortant du 5^e coma, tient sur les siens une conversation d'une satisfaisante cohérence. Mais elle s'accompagne d'un torrent affectif où roulent les éléments les plus hétéroclites. Sans doute, par sa direction générale, suit-il fidèlement les détails de nos propos et pouvons-nous conclure à la conservation, des liens légitimes qui unissent les états affectifs aux concepts. Mais sa joie, sa tristesse, son étonnement s'encombrent

d'une foule d'éléments surajoutés, hors de propos, qui les chargent d'une forte teinte d'étrangeté et les rendent presque méconnaissables. Parallèlement, son rire et toute sa mimique sont altérés par des tics qui témoignent d'un actif parasitisme psychomoteur.

La désagrégation favorise évidemment ces greffes. En se détachant, les éléments légitimes abandonnent la place à d'autres. C'est ce qu'exprime BLEULER à propos des troubles conceptuels, quand il écrit : « Là où partie des liens associatifs est brisée, d'autres influences qui, dans les circonstances normales, passent inaperçues, s'installent au lieu et place de la direction logique. »

II. — Ce vice éclate au maximum quand la fragmentation s'attaque à la structure essentielle du complexe, qui souffre, non plus de l'émiettement de sa partie affective, mais de son amputation totale. Sa ruine est suivie d'un travail de reconstruction sur des bases entièrement nouvelles. Le concept s'annexe un état affectif absolument inadéquat. Des complexes prennent naissance, qui n'ont plus rien de commun avec ceux qui se cristallisent chez le normal sous l'influence de l'expérience, et sont du domaine de la tératologie pure. A quelles affinités ces conjonctions obéissent-elles ? Pour BLEULER, « la tendance aux ruptures associatives et aux associations inusitées est bien primaire, mais le *choix* des associations qui sont troublées est plutôt secondairement déterminé par des complexes affectifs ». Dans la sphère affective, que nous avons en vue, la loi du hasard est bien souvent la seule, à notre avis, à qui l'on puisse faire appel. Des désirs, des répugnances, des amours, des haines émergent, toute gratuites, qui n'admettent aucune interprétation délirante, et restent inexplicables aux yeux du malade lui-même (1).

(1) Comme certains déficits. (Voir page 48).

— Il s'agit parfois de simples caprices, dont l'absurdité ne peut que faire sourire.

— Je veux traverser le Sahara. Avec un cheval.

— Il mourra de soif.

— Je lui grefferai une poche, comme celle des chameaux (malade Ab.).

— Docteur, donnez-moi la statue qui est dans la cour de l'asile.

— Qu'en ferez-vous ?

— Rien... Je ne sais pas... Donnez-la moi (malade Gi.).

— Par le même mécanisme, s'élaborent des systèmes dont les effets sont plus dramatiques. Nous avons assisté à l'effondrement d'édifices aussi solides que le respect et l'amour filiaux chez un enfant affectueux. Sur leurs ruines se rebâtissent des combinaisons qui se présentent comme de véritables perversions de l'affectivité. Le désintéret pour la mère fait place à une haine monstrueuse.

All., 36 ans, interné depuis l'âge de 23 ans, après de violentes crises d'agitation, s'est fixé dans un état de pure indifférence, exempt de toute manifestation hostile. Le 15 janvier, après un coma banal, il bénéficie brusquement d'une amélioration importante. Une vive animation s'empare de lui, qui contraste avec son apathie habituelle. Il chante, parle avec complaisance, accueille à bras ouverts son frère qu'il appelle Fernand, et embrasse sa mère, qui depuis 13 ans n'avait pas reçu de lui une seule marque d'affection. Il s'entretient correctement avec eux et fait preuve d'un certain intérêt envers sa famille. Sa mère se montre ravie de cette transformation « miraculeuse ». Mais ce n'est qu'une fugitive échappée vers la normale. A ce trop brillant rétablissement succède une rechute immédiate. L'activation persiste, mais s'égare, et sous les yeux des siens, All. retombe dans l'anarchie schizophrénique. Ses gestes deviennent bizarres, ses discours incohérents ; ses traits expriment de la façon la plus décousue une joie, une ironie, une fureur, un étonnement singuliers. Dans ses paroles se laissent surprendre de vagues imprécations où figure le mot « maman ».

Brusquement, il crache sur sa mère, éclate de rire, et gifle son frère. Par la suite, il témoignera envers lui, et lui seul, d'une haine vivace, qui se substitue à la simple indifférence à laquelle il s'était jusqu'alors tenu.

A l'inverse, c'est un vif sentiment d'amour qui s'épanouit chez La, pour la personne d'un infirmier. Sentiment d'ailleurs éphémère, qui ne survit pas à l'interruption du traitement.

— Il est des états affectifs et intellectuels bien déterminés à qui leur nature même semble interdire toute conjonction. Non seulement l'expérience ne les a pourvus d'aucune connexion, mais ils se présentent, en raison de leur contenu, comme de véritables pôles répulsifs. Il est impossible à l'homme normal, par exemple, de se *concevoir* heureux, et de se *sentir* malheureux dans le même moment. Les rapports entre l'intellect et l'affectivité prennent un aspect logique, et leur parallélisme relève du nécessaire.

Le schizophrène ignore cette « logique » idéo-affective, aussi bien que la conceptuelle. Reproductions l'une et l'autre des associations créées par l'expérience, elles sont minées par le même processus et, par leurs défaillances, ouvrent le champ de la conscience à des unions d'idées contradictoires, ou de concepts et d'affects qui jurent ensemble. Un dissocié peut ainsi se contredire non seulement dans le plan purement idéique, mais aussi dans le domaine combiné idéo-affectif.

« Aujourd'hui, affirme Ab., je suis content, je me sens bien, je suis joyeux ». Cependant, son visage dément ses paroles. Sa minique est celle de l'angoisse. Il s'agite, jette des regards inquiets autour de lui, fronce les sourcils, semble intensément préoccupé. Sa respiration est superficielle, son pouls accéléré. De temps à autre, il pousse de gros soupirs.

BLEULER insiste sur le fait que le délire, aussi bien que la

pensée normale peut s'accompagner de réactions affectives discordantes.

— De tels troubles sont exactement désignés par les termes de « discordance entre l'activité intellectuelle et l'activité affective de l'esprit », de « parathymie », ou encore, selon STRANSKY, d' « ataxie entre la noopsychie et la thymopsychie ». De toute évidence, ce n'est là qu'un aspect très particulier du dysfonctionnement associatif, qui ne s'adresse qu'aux *rapports* de l'intellect et de l'affectivité. Ces définitions limitatives ne conviendraient que si l'on pouvait considérer l'affectivité comme un ensemble, alors que nous sommes obligés de la pénétrer par l'analyse, et conduits de la sorte à la notion de troubles structuraux purement affectifs, à l'éclaircissement desquels elles ne peuvent prétendre. Bien au contraire, « c'est toute la synthèse affective qui est touchée, et avec elle l'équilibre entre l'affectivité et la logique ».

III. — En effet, dans la sphère affective pure, aussi bien, le schizophrène marie les inconciliables, et réalise l'union d'états qui dans l'âme normale s'excluent par leur nature même. Nous venons de voir son « illogisme » idéo-affectif. Nous savons que dans l'ordre intellectuel, « il est insensible à de grossières contradictions ». BLONDEL a souligné qu'une phrase comme : « Il me semble que je suis un autre », constitue un illogisme formel qui exprime positivement l'identité des contradictoires. Les productions affectives de l'esprit dissocié abondent en semblables paradoxes. Nous avons vu qu'un sentiment était l'équivalent d'un jugement. Le schizophrène est capable d'union de sentiments aussi déconcertante pour l'affectivité du normal que l'est pour sa logique une contradiction dans les termes.

Il nous semble bien, en effet, que l'*ambivalence* ne réponde pas exactement à la peinture qu'en a faite BLEULER. Si le schizophrène « aime la rose pour son parfum et la déteste

pour ses épines », il n'est qu'un psychasthénique dont l'amboulie hésite interminablement entre un avantage et un inconvénient. Chez le dissocié, l'exécution de l'acte est neutralisée parce que coexistent deux affects (c'est-à-dire deux déterminantes motrices) opposés, dirigés sur un objet *identique*. A propos d'une perception, il admet avec la même faveur deux sentiments contraires comme il élabore deux jugements contradictoires.

— De quelles synthèses affectives le schizophrène n'est-il donc pas capable ? Sans atteindre toujours à son comble, et réaliser des conjonctions aussi criantes que dans l'ambivalence, à quels édifices donne naissance l'anarchie de ses associations ? Quel est le sort de cette affectivité supérieure corticale, fruit de l'intervention la plus active des fonctions associative et abstractive de l'esprit ? Ces représentations affectives, ces abstraits d'émotions et de sentiments, dont RIBOT a montré l'existence, (voir page 28), ont la même genèse, nous l'avons vu, que les états intellectuels, atteignent à la même originalité puissante et comme eux caractérisent l'individu. Bâtis selon la même structure, il subissent la même désagrégation, et libèrent des fragments d'affects qui vont, en vertu des affinités hasardeuses propres à la schizophrénie, être l'objet des conjonctions les plus fortuites. Ainsi vont s'élever des synthèses aussi hermétiques pour l'âme affective du normal que les condensations et les fusions d'ordre conceptuel le sont pour son intellect. Complexes pathologiques inextricables, aussi éloignés de la simple euphorie ou angoisse morbide que l'est de la décharge voluptueuse de l'acte sexuel la joie supérieure qui illumine l'appréhension soudaine d'une vérité scientifique, pour reprendre un exemple que nous avons proposé plus haut.

— Si, en vertu d'un parallélisme que nous nous sommes efforcé de mettre en lumière, aux productions les plus élevées de la pensée symbolique ne peut s'accoler qu'une forme

très évoluée d'affectivité, imagine-t-on l'étrangeté des sentiments qui accompagnent un discours comme celui-ci.

« Sous le système d'une inclination de la terre dans un espace qu'on a toujours mesuré et qu'on sait sous l'action d'une vitesse quelconque, on peut remarquer des chutes d'eau, en même temps qu'on pourrait se développer dans un sens vertical par rapport au pôle exsphéral de la terre, considéré par rapport à l'équateur quand on est au sud de la terre... Car un volt n'est pas un coulomb et peut-être est-ce de l'air électrogène ». (Malade Ab., 20 mai, période de réveil).

Les mots peuvent à la rigueur faire concevoir, sinon sentir, ce que peut être l'ambivalence. Mais ils nous feraient totalement défaut pour exprimer les états affectifs dont il est question ici, si toutefois nous n'étions entièrement impuissants à les éprouver : nous ne pouvons qu'en constater l'existence. La simple lecture de ce texte traduit seulement (outre l'inévitable « perte du contact avec le réel ») une préoccupation des plus certaine. Mais le spectacle du malade activé par l'insuline et débitant ses démonstrations est autrement évocateur. La vive animation qui s'est emparée de lui traduit de vifs sentiments. Certes, le détail nous échappe invinciblement, mais de toute façon, l'espèce de fureur sacrée qui agite les traits de son visage et jusqu'à ses membres le porte à cent lieues de l'indifférence. C'est au contraire le langage éloquent, quoique nouveau, d'une affectivité qui, pour être impénétrable, n'en est pas moins évidente, aussi évidente que le demeure l'exercice de la pensée. Mimique affective qui, à l'instar des néologismes traducteurs d'édifices conceptuels qui échappent à notre entendement, sert de mode d'expression à des créations sentimentales qui sont pour nous de véritables non-sens affectifs.

Comme ceux du normal, ces états sont originaux et caractéristiques de l'individu, et nous rejoignons par ce chemin l'observation générale de BLEULER : « Le caractère des schizophrènes est de la sorte aussi varié que celui des normaux ».

IV. Nous savons combien sont fragiles chez le normal les agrégats cellulaires qui servent de bases aux édifices psychiques, combien ils sont prompts à se dissoudre et à se regrouper, et soumis à un perpétuel travail de destruction et de restauration. Les créations du dissocié sont le jouet d'une égale variabilité.

— Si, sous l'effet du traitement, les déficits se comblernt brusquement par la récupération d'apports associatifs adéquats (nous en avons donné des exemples), les synthèses pathologiques elles aussi peuvent se mettre instantanément sur pied. Cette activité constructive atteint son comble au cours des impulsions, dont l'observation clinique est riche, mais que l'activation insulinique réalise avec une incomparable fréquence. Rappelons-nous l'exemple frappant de ALL, fixé depuis 5 ans dans une indifférence complète, qui se « débloque » tout à coup, embrasse sa mère, retombe aussitôt dans l'anarchie schizophrénique qui le conduit à cracher brusquement sur elle ?

— La fragilité de ces combinaisons n'est pas moins sensible. L'affinité hasardeuse qui avait réalisé la conjonction : idée de mère — haine — réaction hostile, passe en éclair. Aussi soudaine que sa formation est la dislocation du complexe. L'instant précédent, un baiser avait été la fugitive expression d'un amour maternel passagèrement récupéré ; de même, la réaction violente reste unique. A peine née, l'hostilité meurt sur place. All. retombe bientôt dans une pure indifférence.

— L'insuline déclanche, et multiplie les modifications observées en clinique : renaissance de l'affectivité tout à fait remarquable et inespérée — retours affectifs de quelques heures ou de quelques jours — réveils brusques, suivis de barrages — déviations de l'intérêt, etc... Ainsi se trouve au maximum réalisée cette variabilité que décrit la clinique (« Les malades manifestent une activité capricieuse. Leur affectivité est sujette à des sautes extraor-

dinaires »), et que nous avons déjà relevée à propos des troubles déficitaires. C'est que nous avons jeté l'énergie psychique dans un mouvement impétueux qui interdit toute construction stable, et réalisé des états aigus où il ne peut être question de systématisation. Sans doute, chez les schizophrènes intacts, que les tentatives thérapeutiques ont encore respectés, et qui sont fixés depuis longtemps dans un état d'équilibre, existent des « complexes », des cristallisations d'une stabilité relative, qui « peuplent » son psychisme, et répondent aux états prévalents de l'homme normal. Il est douteux néanmoins que les affinités qui se satisfont à la faveur de la dislocation schizophrénique aient la même solidité que les liens créés par l'expérience si l'on considère la variabilité clinique et la netteté des régressions réalisées par le traitement. Nous reviendrons sur cette question d'intérêt thérapeutique.

V. Dans l'affectivité comme dans la pensée, les troubles affectifs introduisent donc le plus grand désordre. Discret, il teinte d'étrangeté les manifestations affectives du schizophrène, et l'on peut dire d'elles ce que BLEULER dit de leurs discours : « Tout cela sonne si bizarrement qu'on ne saurait l'attribuer à une fuite des idées maniaque, et encore moins à une pensée normale ». Profond, il aboutit à l'incohérence complète. Fragmentations et conjonctions pathologiques se combinent pour donner naissance à des états inconnaissables. Les sentiments deviennent aussi étrangers à notre affectivité que les concepts à notre logique. L'homme normal ne peut se flatter de pénétrer l'esprit schizophrénique, pas plus par ses affects que par ses représentations intellectuelles.

Les troubles de la régulation

Il est un troisième aspect des troubles affectifs qui ne s'expliquent nécessairement ni par un déficit, ni par un excès d'associations.

I. Nous avons soulevé l'hypothèse (1) selon laquelle l'activité constructive de l'esprit était étroitement soumise à une action régulatrice qui agissait à la manière d'un frein, et dont l'effet était d'adapter la résultante psychique à sa cause par un dosage rigoureux de l'énergie libérée. Nous assimilons cette action à celle du cervelet, appareil coordinateur par la mise en jeu des antagonistes. L'existence d'un tel mécanisme est déduite *a posteriori* de l'observation de troubles particuliers qui impliquent son défaut, et se présentent comme des équivalents, dans le domaine mental, de la dysmétrie et de l'hypermétrie.

Le déséquilibre émotionnel réalise la forme la plus pure du défaut de régulation. Soit un grand émotif. La simple menace d'un danger, et même sa représentation purement hypothétique, suffisent à déclencher en lui une vive émotion, égale à celle qui éclaterait devant sa réalisation effective. Sollicité par l'idée de danger, le centre affectif libère son énergie sans retenue. Les innombrables représentations qui opèrent la distinction du réel et de l'imaginaire, ou permettent d'estimer l'importance et l'imminence de la menace, et qui interviennent chez le normal pour adapter la réaction émotionnelle, c'est-à-dire non seulement pour en mesurer l'intensité, mais pour lui imprimer des caractères adéquats aux circonstances, restent sans effet sur le centre de l'émotif. Il s'agit là de tout autre chose que de l'éclat d'un état anxieux latent, à qui tout est prétexte à paroxysme. La joie sera, à

(1) Voir page 34.

l'occasion, aussi excessive. Le défaut global de régulation condamne l'émotif à tous les dérèglements, et le fait osciller sans mesure entre les deux pôles extrêmes de l'affectivité.

Pour nous, ce vice déborde le domaine de l'émotion proprement dite et entache l'élaboration de tous les affects.

II. Chez le schizophrène se font jour des troubles absolument comparables. Avec cette différence que la dissociation intervient pour leur imprimer ce cachet de fragmentation et de caprice qui marque toutes ses manifestations. Rejoignons-nous par ce chemin les troubles déficitaires, et la réaction du centre sentimental dépasse-t-elle le but parce que les influences freinatrices *ne disposent plus momentanément des voies associatives nécessaires* pour lui parvenir ? C'est ce dont nous ne préjugerons pas, car il est aussi vain que séduisant de ramener toute une symptomatologie à une même cause. Quoi qu'il en soit, le schizophrène est hyperaffectif à propos d'une certaine représentation, et à un moment déterminé. Le noyau psychique se charge brusquement d'un affect de tonalité peut-être adéquate, mais hypertrophié. La discordance est ici dans l'intensité, aussi bien que dans la qualité.

La période d'activation qui suit le réveil, (nous entendons par là non la période désordonnée qui l'accompagne, mais l'équilibre qui lui succède), est riche d'explosions affectives. Tous ceux qui ont la pratique de l'insulinothérapie les connaissent bien, et nous jugeons inutile d'en donner des exemples. Comme nous-mêmes, sans doute, ont-ils d'abord été dupes, crû à une soi-disant « renaissance » de l'affectivité, et porté un pronostic favorable. En fait, ces démonstrations débordantes sont profondément morbides, ces émotions franchement pathologiques. Souvent la réaction est isolée, limitée à sa cause précise, et le malade reste inaffectif sur tout autre point. Elle est stérile, sans écho, sans lendemain. Surtout, sa violence même est suspecte, car elle est inadé-

quate. Il est impossible de parler d'amélioration, qui suppose sans doute une émotion, mais aussi une émotion adaptée. Bref, dans bien des cas, cette pseudo-richesse n'est que du clinquant, et si l'on veut tirer de tels accidents tout l'enseignement qu'ils comportent, force est de conclure que l'univers des états affectifs existe toujours en puissance chez le schizophrène, mais aussi que le mécanisme régulateur qui préside à leur passage à l'être (si ce langage n'est pas trop scholastique) est profondément troublé.

III. Cette hypérraffectivité soudaine que nous arrachons à l'âme du schizophrène par l'expérimentation se rencontre spontanément en clinique. Nous voulons parler des violentes émotions qui éclatent inopinément au cours d'un interrogatoire, et donnent au médecin l'impression d'avoir effleuré un « pôle hyperesthésique ». Loin de nous l'intention d'ignorer la stabilité de certains complexes, doués de fortes charges affectives, qui donneront la même réponse chaque fois qu'ils seront atteints par une excitation convenable. Mais, s'il est évident pour tous que ces réactions ne supposent pas nécessairement de telles bases, pour notre compte, nous sommes persuadé que la régulation défectueuse des associations suffit à en expliquer le grand nombre. D'autres garanties sont nécessaires pour conclure que le psychisme du schizophrène est « peuplé », et qu'il a isolé du monde son âme affective pour la polariser avec complaisance sur un point de son élection.

Le désordre des associations dans la sphère psychomotrice

Nous nous sommes étendus sur le retentissement du dysfonctionnement associatif dans l'élaboration des affects, et attachés à mettre en lumière le caractère structural des troubles observés, et leur analogie avec les troubles conceptuels. Pour qui se souvient que toutes les formes de l'activité

de l'esprit sont sous la dépendance du mécanisme de base que constituent les fonctions d'association, il est aisé de prévoir que les productions psychomotrices présenteront des défauts comparables.

Le noyau psychique compte en effet une composante psychomotrice, qui est elle-même très complexe. Un concept donné appelle un certain affect, et s'extériorise par une mimique déterminée. Cette combinaison motrice s'est édifiée selon le même mécanisme que les constructions intellectuelles et affectives, et se soumet comme elles au jeu des affinités. La joie, comme le chagrin ou l'étonnement possèdent leurs expressions motrices propres, qui permettent de les reconnaître : canevas génériques sur lesquels viennent se broder les variations individuelles. Celles-ci interviennent au maximum quand il s'agit des états affectifs les plus évolués et les plus originaux, dont l'expression mimique reste souvent mystérieuse pour l'observateur.

Le processus schizophrénique apporte aux conjonctions d'où naissent ces synthèses motrices, des obstacles qui se traduisent par ces mêmes troubles que nous avons classés en troubles déficitaires, parasitaires, et de régulation et qui modifient, soit leur structure intime, soit leurs rapports avec les éléments idéiques et affectifs du complexe.

I. Nous n'avons pas l'intention de donner à l'analyse de ces imperfections le même développement qu'à celle des troubles affectifs. La dégradation des édifices psychomoteurs se fait suivant les mêmes modalités, leur donnant un aspect de dépouillement, de puérilisme ou d'inachèvement. Nous allons cependant nous arrêter sur un fait qui se rapproche d'une observation de BLEULER, et nous semble un bel exemple de trouble déficitaire.

Ba., nous met un jour en présence d'une mimique incomplètement élaborée. « La mimique se montre souvent fragmentaire, dissociée. Un sentiment différent peut être exprimé

par chaque partie du visage ». Notre sujet ne réalise pas une combinaison aussi étonnante, mais exprime la joie par son hémiface gauche, tandis que la droite demeure absolument muette.

Le 31 août 1937, Ba..., sort du coma à 15 h. 30. Son visage est d'habitude totalement inexpressif, et ne dénonce nulle pensée comme nul sentiment. Or, après un réveil calme, son visage s'éclaire. Ou, plus précisément, la moitié de son visage, car, à l'approche du médecin, il sourit de son hémiface gauche, tandis que l'autre demeure figée dans sa stupidité habituelle.

Ce fait remarquable attire d'autant plus notre attention qu'il prend l'allure d'un trouble neurologique et pose le diagnostic de paralysie faciale. Nous l'écartons en vertu des considérations suivantes :

1) Ce malade n'a jamais présenté de manifestation paralytique consécutive au coma, ni montré de prédisposition pour de tels troubles.

2) Il avait quitté franchement la période aiguë du coma où se réalise habituellement cette sorte de troubles, et se trouvait manifestement délivré de l'influence *toxique* de l'insuline.

3) Il ne pouvait s'agir davantage d'un état séquelle, car la recherche des signes neurologiques est restée vaine. Pas de signe de CHWOSTEK, pas de Ch. BELL. Réaction vive à la piqure. Pas de déviation de la langue. Parole et mastication normales. Le malade exécute avec docilité tous les mouvements qu'on lui demande.

Bref, cette singulière assymétrie *ne frappe que la mimique*. De plus, elle est intermittente, à éclipses. Nous l'observons pour la dernière fois le lendemain dans la matinée. Sur l'ensemble de ces considérations, nous nous autorisons à conclure à un trouble d'ordre psychomoteur, à l'incomplète élaboration d'une combinaison mimique, c'est-à-dire à un déficit des associations normales. Comment comprendre autrement

ces dissociations mimiques dont BLEULER dit qu'elles sont inexplicables ?

II. Le parasitisme associatif, à son tour, sévit comme sur les autres composantes du noyau psychique. Et nous retrouvons les troubles qui vont de la simple surcharge de l'édifice, à l'agglomération d'éléments inadéquats, et à l'apparition de combinaisons psychomotrices entièrement nouvelles. L'encombrement du noyau par une foule d'harmoniques en surnombre réalise le maniérisme dans sa composante psychomotrice. L'annexion à un système idéo-affectif d'une mimique totalement inadéquate réalise la paramimie. Enfin, les fragments libérés se connectent pour former des ensembles inintelligibles, qu'ils soient l'effet d'un pur hasard, ou qu'ils servent de modes d'expression à des créations conceptuelles ou affectives hermétiques, véritables néologismes de la mimique et du geste.

Inutile de nous étendre sur ces faits bien connus. Leur intérêt ici est de montrer que l'activité constructive de l'esprit, usant d'un instrument incorrect, *commet les mêmes erreurs dans tous les domaines*. Idées, affects, réactions sont pensés, sentis, effectués par fragments, fragments qui se regroupent de façon abusive pour donner des synthèses nouvelles. Dans les phénomènes psychomoteurs, comme dans les états intellectuels, comme dans les affectifs, on retrouve la même bizarrerie, le même puérilisme, le même dépouillement, le même parasitisme, la même incohérence. Stéréotypie, monoïdéisme, difficulté à changer d'affect, sont les trois aspects d'un trouble identique, celui d'une énergie psychique qui s'empêtre dans les mêmes circuits. De même l'indifférence se ramène souvent à un « barrage affectif » analogue au barrage intellectuel. Ainsi devient tangible en outre, le parallélisme de ces défauts avec ceux du cours des associations et donc de l'influx nerveux.

L'insuline, en rétablissant les contacts normaux, déter-

mine le retour au geste et la rectification de la mimique, comme elle corrige les productions conceptuelles et rend à nouveau possible l'édification des états affectifs.

Conclusion

De tous ces faits se dégagent les notions suivantes :

1^o L'activité de l'esprit, dans aucun de ses domaines, pas plus l'affectif que les autres, ne subit de chute globale de potentiel.

2^o La structure de ses productions de tous ordres est dominée par les notions de fragmentation et de conjonction abusive.

Peut-être pouvons-nous en tirer une image structurale de l'esprit schizophrénique.

I. Il est d'usage d'attribuer à l'âme du schizophrène une « couche périphérique » et un « noyau central », siège d'une vie autistique. Division qui figure le repli plus ou moins volontaire par lequel il mettrait son âme affective à l'abri d'un « réel » traumatisant. Cette image rend bien compte de l'impression qui naît de l'observation clinique, quand un contact se rétablit et qu'un sentiment se montre aux yeux de l'observateur ; tel un objet qui émergerait de la profondeur d'un lac sur lequel il serait penché. Mais ce n'est qu'une image, non point parfaite :

— Elle semble localiser la rupture aux connexions périphériques, et méconnaître la dislocation qui règne en profondeur.

— Surtout, elle fait une distinction arbitraire entre les deux ordres de connexions. Le contact avec le réel, qui suppose une perception correcte et une estimative exacte des choses, avec, en retour, une adaptation convenable, ne dépend pas seulement des connexions « de surface » (à moins de

faire une confusion avec les connexions sensorielles), mais est le fruit de toute l'activité synthétique de l'esprit, fait d'apports associatifs qui ne diffèrent pas essentiellement des autres, mais ne sont qu'une partie du tout. Cette notion de surface et de profondeur n'est qu'un point de vue, celui de l'observateur qui s'efforce de *pénétrer* l'âme du sujet. En réalité, dans l'esprit du schizophrène, toutes les connexions sont sur le même plan, ou plus exactement, il ne peut être question de plan en pareille matière.

C'est donc une pure vue de l'esprit qu'une telle distinction. Elle a ses commodités, mais ne doit pas faire illusion, sous peine d'aboutir à une véritable représentation géométrique de l'esprit, et même à la confusion des deux « plans » avec la réalité, au point de parler « d'échange d'énergie » entre eux (BLEULER).

II. Mais puisque les images sont commodes, nous en choisisons une qui nous paraît moins inexacte. Nous avons vu comment l'intégrité des éléments connectifs et leur mise au point sous l'effet de mille répétitions assurait le facile écoulement de l'influx nerveux et sa canalisation dans des voies préférentielles, permettant la combinaison des éléments psychiques en des synthèses qui sont à l'image de l'expérience. En sorte que l'esprit apparaît comme un *ensemble harmonieux* d'éléments qui se groupent au gré des affinités légitimement acquises, et forment de multiples noyaux dont les échanges se font par le jeu réglé des associations.

Chez le schizophrène, il n'est plus question d'harmonie ni d'ensemble. Les assemblages caractéristiques des complexes du normal ne se font plus, faute de voies correctes. Par contre, leurs fragments se regroupent au gré d'affinités hasardeuses pour former des combinaisons nouvelles, entre qui les échanges se font de façon ataxique. En outre, l'extrême fragilité des synthèses pathologiques fait qu'elles subissent de fréquents remaniements, sous l'effet d'un facteur

évident (affection intercurrente, état fébrile, choc insulinaire), ou qui reste ignoré, et leur donne dans ce cas une apparence de spontanéité. L'aspect de ce chaos est donc sujet à une grande variabilité.

III. L'interprétation des réactions est des plus malaisées, si l'on considère que la dislocation s'introduit dans la structure intime des phénomènes intellectuels, affectifs, et psychomoteurs, aussi bien que dans leurs connexions réciproques. Nous sommes amenés par là à faire une distinction entre la simple bizarrerie et la discordance. Soit en effet une expression mimique qui nous choque par son étrangeté. Trois explications se présentent :

— Ou bien cette combinaison mimique souffre d'un défaut de structure qui lui est propre, et lui fait perdre sa parfaite congruence avec l'état affectif qui le sous-tend. Le trouble associatif retentit immédiatement, sans intermédiaire, sur la production psychomotrice.

— Ou bien, par une erreur d'aiguillage, une réaction usurpatrice se substitue à l'adéquante. Ici, la rupture se situe entre l'état affectif et son satellite psychomoteur.

Dans ces deux premiers cas, il y a perte de la concordance entre l'affect et la réaction, c'est-à-dire proprement discordance.

— Ou bien encore, dernière alternative, l'état affectif est lui-même primitivement altéré dans sa structure, mais conserve ses liens habituels avec les effets psychomoteurs, et les entraîne ainsi dans sa propre étrangeté. La mimique reste alors un fidèle reflet de l'affect. Il n'y a pas discordance. Quoique étrange, elle est adéquate. Ses défauts sont ici médiats, et secondaires à ceux de l'affectivité.

Les mêmes vices entachent les connections idéo-affectives, et l'intervention d'un nouveau facteur multiplie singulièrement les difficultés qui grèvent l'interprétation des réactions psychiques. Et si l'on tient compte du défaut de régulation

et de la fragilité des synthèses du schizophrène, il est facile d'estimer à quel point sont suspectes les manifestations affectives, plus ou moins isolées, du réveil, qui peuvent être non seulement démesurées, ou fugitives, ou non congruentes, mais se réduire à une parathymie, sinon à une vulgaire paramimie.

IV. Nous retiendrons pour terminer qu'il n'y a pas d'ordre dans la dégradation, et qu'elle n'obéit à aucun système. C'est l'anarchie qu'introduit la dislocation dans l'esprit du schizophrène. Cependant, en dépit de ce fait important, ce désordre reste en quelque sorte mesurable. BLEULER a bien montré comment la notion de fragmentation entraînait celle de nombre. C'est au nombre des lacunes que se mesure la pseudo-démence. Inversement, c'est au nombre des synthèses normales récupérées que nous pourrions estimer la guérison de nos sujets.

Enfin, on nous objectera, d'après ce que nous avons dit, que certaines observations que nous avons interprétées comme des exemples de dissociation idéo-affective peuvent aussi bien se réduire à une discordance purement mimique. Nous ne nous flattons pas, en fait, de pénétrer s'il s'agit dans tel ou tel cas d'une ataxie idéo-affective, ou affectivo-motrice. Peu importe à notre thèse, qui est de montrer que les troubles associatifs s'étendent à tous les domaines de l'activité de l'esprit sans exception.

CHAPITRE IV

LES CONSÉQUENCES CLINIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Valeur clinique du trouble des associations

Un symptôme est un fait significatif. C'est avant tout un fait.

Et c'est donc un fait, que nous nous sommes attachés à retrouver dans le plus grand nombre de cas possible. « C'est une *constatation*, que l'on fait tous les jours, et non pas une explication » dit BLEULER à propos de l'ataxie thymo-noo-psychique de STRANSKY. Nous voudrions d'abord mériter pareil reproche.

Nous voici donc en présence de troubles conceptuels, affectifs, et psychomoteurs, dont une analyse très simple permet de saisir le caractère structural, et du même coup, l'origine associative.

I. Il est impossible d'évaluer avec précision la valeur clinique du trouble associatif sans se montrer exigeant sur la propriété des termes : signe pathognomonique, symptôme fondamental et symptôme accessoire, signe primaire et signe secondaire, et sans fixer tout d'abord le sens exact qu'on entend leur donner.

Un *signe pathognomonique* s'observe au cours d'une maladie déterminée, à l'exclusion de toute autre, et permet donc de la reconnaître à coup sûr. Un tel signe impose un diagnostic positif, mais il peut manquer, être accessoire. Une

typhoïde ne s'accompagne pas nécessairement de taches rosées lenticulaires.

Un symptôme fondamental coexiste nécessairement avec la maladie considérée. Il est à la base du tableau clinique et le diagnostic est impossible sans lui. Bref, il est nécessaire, et s'oppose par là au *symptôme accessoire*, qui est contingent.

Un signe primaire révèle la première conséquence directe et saisissable du processus morbide. Il explique d'autres troubles, dits secondaires.

Un signe secondaire traduit donc un effet plus médiat, et se présente comme la conséquence directe ou indirecte d'un signe primaire, ou d'un autre signe secondaire.

On voit donc qu'un symptôme fondamental est à la base du tableau clinique et sert au diagnostic, tandis qu'un signe primaire possède une valeur pathogénique et se présente comme une base explicative. Il importe au plus haut point de faire cette distinction et de la garder présente à l'esprit. Un signe primaire n'est pas nécessairement fondamental, mais peut au contraire être accessoire, et faire effectivement défaut. BLEULER exprime l'opinion opposée de la façon la plus positive : « Les symptômes primaires sont les manifestations *nécessaires* d'une maladie. Les secondaires peuvent manquer ou varier sans que se modifie en même temps le processus morbide ». Ceci admis, nous nous avouons incapables de concilier avec lui :

1^o la distinction parmi les troubles de l'affectivité de troubles primaires (états maniaques et états mélancoliques) et de troubles secondaires, donc contingents ;

2^o leur classement d'ensemble parmi les symptômes fondamentaux. (Voir page 3). A notre avis, une maladie ne réalise pas nécessairement *toute* sa symptomatologie, même dans sa partie primaire.

Enfin, il est capital de ne pas employer indifféremment les termes « trouble » et « signe ». Supposons qu'un processus morbide agisse sur les éléments connectifs, le cours de l'in-

flux nerveux en sera modifié : voilà le trouble primaire. Mais il est en lui-même insaisissable pour nous (à l'encontre, par exemple, des troubles pupillaires), et ne donne lieu à aucun signe immédiat. Par contre, il aura pour effet des perturbations dans le domaine mental que nous pourrions appréhender et qui, tout en étant secondaires, n'en fourniront pas moins le *premier* signe. C'est ainsi que les troubles affectifs que nous avons étudiés, quoique secondaires au trouble primitif des associations, apparaissent comme *signe primaire*.

On voudra bien nous pardonner le rappel de ces notions élémentaires. Il nous a paru d'autant plus indiqué ici, que l'adjectif « fondamental » n'a pas la même signification suivant qu'il s'applique au terme « signe » ou au terme « trouble ». Un signe, ou symptôme fondamental n'a qu'une valeur diagnostique, tandis que dans « trouble fondamental » nous trouvons un concept d'explication pathogénique.

Nous allons examiner lesquels de ces divers qualificatifs peuvent s'appliquer au trouble des associations.

II. A coup sûr, les imperfections structurales dont souffrent les productions de l'esprit, et que nous avons analysées, traduisent immédiatement le désordre des fonctions d'associations et méritent le nom de signes primaires. C'est ce qu'exprime BLEULER quand il dit que parmi ceux-ci : « Il faut ranger vraisemblablement une partie des troubles associatifs avant tout ». Seulement, il convient d'y englober les troubles affectifs et psychomoteurs d'ordre structural au même titre que les conceptuels.

Cette « partie » comprend les déficits et le parasitisme qui résultent directement des modifications synaptiques. Il va sans dire que les interractions idéo-affectives et psychomotrices entraînent dans chacun de ces domaines des conséquences dont le caractère secondaire saute aux yeux. Il

est des troubles idéiques secondaires aux affectifs, et réciproquement.

Les troubles d'origine associative directe, quelle que soit leur nature, se rangent donc dans la série des signes primaires, à côté des états d'égarements, accès mélancoliques ou maniaques, céphalées, troubles vaso-moteurs, et probablement attitudes catatoniques vraies et catalepsie.

III. Ils sont également pathognomoniques : le diagnostic est posé dès que les troubles des associations et de l'affectivité sont constatées. Nous reprenons cette parole de BLEULER, mais en disant : dès que le trouble des associations est révélé par une de ses conséquences idéiques, affectives, ou psychomotrices. Les phénomènes de dislocation anarchique qui s'extériorisent au cours de l'activation insulinique réalisent des tableaux si frappants qu'ils s'imposent comme des effets caractéristiques d'une affection déterminée.

Qui plus est, ils sont certainement plus nécessaires au diagnostic, c'est-à-dire plus fondamentaux que les autres signes de la série primaire.

Leur constance est, en effet, plus grande. (Et voilà où la distinction entre signe primaire et symptôme fondamental, ou nécessaire, prend toute son importance). Les états d'égarement, les états maniaques ou mélancoliques, la raideur catatonique, les troubles vaso-moteurs font souvent défaut. Le désordre associatif, non. Sur 40 malades que nous avons suivis particulièrement, et qui nous ont fourni les exemples auxquels nous avons eu recours, aucun ne réalisait au complet la série des signes primaires. *Tous*, par contre, ont extériorisé des états affectifs de structure pathologique.

Bien plus, c'est au vice du mécanisme associatif que certains signes primaires doivent leur allure caractéristique. Un état d'agitation de type maniaque, un accès dépressif, une crise catatonique ne sont en eux-mêmes ni fondamentaux, ni même pathognomoniques, car ils se rencontrent

indiscutablement au cours d'affections multiples, et ce n'est pas sur de tels signes qu'on s'autorisera à porter un diagnostic de D. P. ou de schizophrénie. Par contre, tel accès mélancolique (ou maniaque) devient autrement significatif s'il est « atypique ». C'est que l'activation qui émane des centres affectifs, normale ou dérégulée, fait vibrer un instrument désaccordé, qui ne peut rendre que des sons étranges, et fournir au ton affectif basal que des modes d'expression déconcertants. Ainsi se réalisent soit une bizarrerie affective simple, soit une manie ou mélancolie atypiques. Quoique effets directs du processus morbides, les troubles généraux de l'équilibre affectif ne prennent une allure proprement schizophrénique que si la dissociation vient s'y superposer.

Quand on envisage la valeur sémiologique des signes primaires, force est de conclure qu'ils sont soumis à une hiérarchie, au sommet de laquelle nous placerions volontiers le trouble associatif. Car il est le seul caractéristique que nous ayons retrouvé régulièrement chez nos malades, et qui semble réunir les qualités de signe primaire, signe pathognomonique, et signe fondamental.

IV. — Cependant, une réserve s'impose. Nos examens ont bénéficié de conditions particulières, qui sont celles de l'expérimentation et non celles de la clinique. Cette dislocation anarchique n'a été révélée qu'au prix d'une activation de l'encéphale, dont on ne dispose pas habituellement. Les D. P. que l'on respecte ne l'extériorisent pas d'une façon aussi éclatante. Bien plus, quand ce sont les phénomènes de déficit, et donc le blocage, qui l'emporte, la « pseudo-démence » réalise un tableau clinique qui se rapproche singulièrement de la démence vraie.

En réalité, il est rare que la dissociation échappe définitivement à une observation patiente. Cette méthode est même la seule à laquelle X. et P. ABELY ont accepté de recourir, pour arriver à des conclusions comparables aux nôtres. « En

somme, écrivent-ils, aucune méthode systématique ne réussit chez les déments précoces. C'est pourquoi nous nous en sommes tenus à la simple observation clinique qui n'exige qu'une longue patience et nous avons pensé qu'à côté de l'étude si subtile des complexes il y avait encore place pour l'étude directe des sentiments qui surgissent spontanément. C'est par un contact direct avec le malade que nous avons essayé de juger de son activité en attendant patiemment que ce contact survienne de lui-même... » Le trouble associatif ne se dérobe donc pas à nos moyens habituels de diagnostic.

La schizophrénie de BLEULER englobe les états les plus divers. En voici donc certains qui se caractérisent par un trouble bien déterminé. La dislocation intrapsychique avait paru suffisante à CHASLIN pour individualiser un groupe de maladies mentales : les *Folies discordantes*. Le trouble généralisé des associations, tel que nous avons tenté de le définir, ne peut-il prendre rang, parmi les éléments qui commanderont ce démembrement que BLEULER dès le début prédisait à sa synthèse ?

Le trouble des associations et la notion de trouble fondamental

« Ramener la richesse et la variété
des symptômes à quelques troubles
élémentaires sous-jacents ».

MINKOWSKI

L'analyse des symptômes peut conduire à la découverte d'un critère, et d'une explication.

I. Il n'est pas sans danger de se laisser dominer excessivement dans ses recherches par le souci explicatif. Par un besoin naturel d'unité, il arrive fréquemment que l'on tente de ramener la richesse et la variété de symptômes non plus

à « quelques troubles élémentaires », mais à un trouble unique, qui contienne tous les autres en germe. « Dans l'étude de la schizophrénie évolutive, la seule théorie qui puisse convenir est celle qui suppose à la base un trouble spécifique de l'état mental global. » (BERZE. *Psychologie der Schizophrenie*). L'hypothèse est légitime, et sans doute vraie, mais a le défaut de faire remonter à une cause très générale, qui échappe finalement à la clinique, et fait sortir du domaine des faits, pour ouvrir celui de la spéculation. Ainsi se démontrent des théorèmes, dont découlent comme des corollaires les détails de la symptomatologie, mais dont les raisons cliniques deviennent si lointaines qu'ils se réduisent souvent à de purs postulats.

Autre écueil, cette recherche du trouble fondamental, clef de toute la symptomatologie, fait parfois perdre de vue ce fait élémentaire qu'un processus pathologique peut avoir des points d'application directs *multiples*, d'où jaillissent simultanément des troubles primaires disparates et totalement indépendants. Alors l'un d'entre eux est fait suzerain de ses pairs. Des troubles purement somatiques sont détournés de toute origine organique immédiate et ramenés à l'obédience du psychisme. Pour BLEULER, sont secondaires tous les signes de la série motrice, la plupart des troubles vasomoteurs, et les troubles pupillaires, « quand ils sont symétriques ». « Une contracture buccale est plus explicable comme signe de mépris que comme hypertonie localisée ». Pourquoi la crise épileptique elle-même ne deviendrait-elle pas un symbole ? « L'analogie de la crise d'épilepsie avec l'orgasme vénérien a frappé déjà les anciens auteurs. Mais je ne conclus pas avec certitude ». C'est pour le moins une insinuation, qui trahit lumineusement le souci de son auteur : émonder la symptomatologie physique au profit des troubles psychiques, et finalement d'un trouble fondamental unique (Démence de la sympathie). Axe autour duquel gravite

l'ensemble des signes, comme des satellites qui lui sont nécessairement subordonnés.

II. Les fonctions d'associations commandent par la base toute l'activité de l'esprit. Le fait associatif est le fait psychologique le plus élémentaire que nous puissions apercevoir.

Un vice de ce mécanisme « fondamental » ne doit-il pas entraîner un trouble « fondamental », qui donne la clef de toutes les perturbations psychiques ? La conclusion est séduisante, mais purement logique. Si nous voulons rester positif, une telle démonstration dépasse nos moyens.

Cependant, ce vice est un fait, dont nous avons donné des exemples. Nous bornerons notre ambition à examiner ce que deviennent certains des troubles jusqu'à présent donnés comme fondamentaux, compte tenu de ce fait, si toutefois l'on veut bien l'admettre.

III. Une première tentative d'explication consiste à soumettre les troubles intellectuels aux troubles affectifs, ou inversement. TRIANTAPHYLLOS, HEUYER, FORSTER, PFESDORFF, estiment que les dysgénésies conceptuelles sont primordiales et entraînent par voie de conséquence les perturbations de la sphère affective. Mais l'opinion contraire est beaucoup plus répandue, et en quelque sorte classique : les troubles affectifs priment, et conditionnent les troubles intellectuels. « La démence schizophrénique, dit MINKOWSKI, est dominée bien davantage par l'état de l'affectivité que par les troubles de l'intelligence. » Pour son maître BLEULER la démence affective, dans les formes graves, est le symptôme le plus frappant. GUYARD, s'appuyant sur des travaux histologiques, estime qu'il s'agit d'un fléchissement primitif de l'affectivité par atteinte des voies sympathiques terminales, qui nuit à l'activation du cortex.

Nous avons vu quels liens étroits jetait l'expérience entre

les phénomènes intellectuels, affectifs, et psychomoteurs, leur conférant la plus rigoureuse solidarité. Un ensemble idéique altéré, mais non dissocié du système d'affects qui lui est accolé, l'entraîne nécessairement dans son trouble. Et inversement. Certaines perturbations d'une sphère sont donc subordonnées à celles de la sphère voisine.

Il est plus discutable qu'elles le soient toutes, et qu'on puisse considérer en bloc comme secondaires les troubles d'une sphère déterminée. Nous avons soutenu que la plus grande analogie régnait dans l'élaboration des états affectifs et intellectuels, et nous sommes efforcés de mettre en lumière le parallélisme de leur évolution, normale ou pathologique, et leur égale dépendance du mécanisme associatif, instrument nécessaire à l'esprit dans tous les domaines de son activité. C'est donc dans tous ces domaines que le jeu faussé de cet instrument aura des répercussions directes, et qu'apparaîtront des perturbations immédiates, des troubles *primaires* qui se placent au même rang sur l'échelle des effets saisissables : le premier.

Dans ces conditions, il ne s'agit plus de savoir si le trouble primitif est d'ordre intellectuel ou affectif. De telles opinions ne considèrent qu'une certaine catégorie de troubles, et ne contiennent qu'une part de vérité. Il s'agit d'un trouble plus général, plus diffus, c'est-à-dire sans détermination exclusive ; bref, plus fondamental.

III. Ce n'est certes pas en quelques lignes que l'on peut faire justice d'opinions aussi autorisées, surtout quand elles reposent, comme celle de GUIRAUD, sur de solides faits anatomiques. Toutefois, elles prêtent le flanc à certaines critiques. Ou bien elles supposent un tarissement originel des sources affectives, que la clinique et les faits nouveaux apportés par l'insuline doivent faire, semble-t-il, abandonner de plus en plus. Ou bien, par leur allure homogène, l'affaiblissement primitif et global qu'envisage GUIRAUD, comme l'affai-

blissement partiel et *électif*, dirigé sur les éléments extérieurs au moi, admis par BLEULER et MINKOWSKI, sont en désaccord avec le caractère profondément anarchique de la dislocation, dont les points d'application, arbitraires et capricieux, déterminent des troubles *fragmentaires et changeants* aussi bien dans le domaine du « *self-feeling* » que dans celui de la « *sympathie* ».

Nous avons donné des exemples de déficits affectifs localisés, qui montraient la réapparition des sentiments altruistes sous l'effet de l'activation insulinique, mais au bénéfice exclusif de certains objets déterminés : ils ne s'adressent qu'à tel parent, ou font même un choix entre les représentations liées à une perception actuelle et celles qui naissent en qualité de souvenir. (Voir page 48, malade G.). GUIRAUD rapporte une observation d'une grande analogie.

« Une démente précoce demande avec insistance sa mère, mais quand elle vient, ne veut pas la reconnaître : Madame, vous ressemblez bien à ma mère mais vous n'êtes pas ma mère ».

C'est que la perception actuelle est dépourvue d'activation affective, et que le souvenir maternel antérieur au début de la maladie a conservé son coefficient affectif » (*Annales M. P.*, 29 mars 1936).

Que conclure de pareils faits ?

1^o Certaines résonances affectives ne sont éveillées que par des représentations déterminées. Un sentiment donné (amour maternel) qui manque en A se retrouve en B.

2^o Impossible, en conséquence, de conclure à la ruine originelle et définitive de ce sentiment, du seul fait qu'il n'apparaît pas à propos d'une représentation qui l'éveille chez le normal. L'indifférence du schizophrène ne se rencontre que sur certains points, et se montre sujette à éclipses. « Les déficits durables, dit BLEULER, ne se montrent que comme tissés dans les délires et enchassés dans les complexes. » Cette parole qui s'applique aux troubles idéiques, convient parfaitement aux déficits affectifs.

3^o De même, du fait qu'il est électif, le « défaut d'activation » qu'envisage GUIRAUD ne peut s'expliquer par un défaut d'élaboration, mais d'écoulement de l'énergie affective. Par un affaiblissement des centres, mais par une rupture des voies associatives. Telle perception n'est pas activée parce que l'énergie nécessaire ne lui parvient pas (1).

Ces modes d'expression, d'ailleurs, ne nous semblent pas suffisamment analytiques, et ne tiennent pas compte des constructions supérieures de l'affectivité. Le moins qu'on puisse en dire, est que les troubles caractéristiques ne trouvent aucune explication dans un affaiblissement banal de cette fonction. Rappelons que la complexité des états affectifs ne le cède en rien à celle des états intellectuels, qu'il n'existe dans l'encéphale nulle image, ou engramme, mais des synthèses qui ne sont qu'en puissance, et ne se mettent sur pied que sous l'effet d'une sollicitation convenable. La dissociation y exerce les ravages que nous avons analysés, et nous arrivons ainsi à la notion d'une *pseudo-inaffectivité* entièrement superposable à la pseudo-démence intellectuelle.

IV. Plus purement psychologiques sont les explications qui ramènent le trouble fondamental de la schizophrénie à un défaut de la synthèse personnelle, et de la connaissance du moi et de son activité. La nature particulière de ce défaut varie suivant les auteurs.

Parmi les diverses théories, il en est une qui nous retiendra tout d'abord, car elle permet des conclusions qui jettent une lumière sur l'ensemble du problème. Il s'agit de celle de KRONFELD, qui ramène l'état schizophrénique à un affai-

(1) L'exemple de GUIRAUD est plus complexe que le nôtre. Notre malade G... reconnaissait sa mère, mais cette perception était coupée des affects adéquats. Au contraire, l'activité de l'esprit ne s'élève pas jusqu'à la perception, chez la démente de GUIRAUD qui s'attache à montrer le retentissement de l'affectivité sur la perfection des opérations de l'intellect : mais ne s'agit-il pas là encore d'une rupture élective d'associations dans le sens centre affectif, centre intellectuel ?

blissement du *sentiment conscient d'activité*. C'est un trouble analogue que BALVET rapporte, sous le nom de *sentiment d'automatisme*, à une atteinte plus générale de la personnalité donnant naissance au sentiment de dépersonnalisation, dont les modalités sont multiples.

Par un rapprochement qui peut, à première vue, sembler audacieux, nous allons jeter un pont quasi direct entre déficit associatif et méconnaissance de soi. En effet, cet affaiblissement, qui est un trouble de la conscience psychologique, évoque d'une façon invincible l'expérience purement neurologique de H. CUSHING. L'excitation du tronc d'un nerf moteur est suivie de deux effets : l'un, somatique, est une contraction musculaire ; l'autre, psychique, est la perception de cette contraction. L'excitation de la zone motrice de l'écorce provoque, outre ce double phénomène, l'apparition dans la conscience du sujet du *sentiment d'activité volontaire*. Le mouvement n'est plus seulement perçu, mais paradoxalement voulu. Il existe donc dans les résultantes une différence tout à fait remarquable.

Or, par quoi les deux expériences se séparent-elles ? Par le choix du point de l'excitation. Dans la première, elle porte sur le tronc du nerf et se limite strictement aux fibres nerveuses. Dans la seconde, elle est corticale, et communique un ébranlement qui déborde le domaine des éléments moteurs, et s'étend à des régions voisines, qui lui sont liées par voie associative, et dont l'activité propre explique l'effet nouveau. Le sentiment d'activité exige donc une collaboration cellulaire étendue, et l'on peut concevoir que sa perte résulte d'une rupture des relations interneuroniques, et soit en conséquence réductible à un trouble plus profond, qui s'applique primitivement au mécanisme associatif. Voici donc un défaut de la connaissance du moi et de son activité qui semble assez facilement reliable à un déficit associatif.

— Or, la non-identification d'un état de conscience d'origine sensorielle immédiate porte le nom d'agnosie. Elle est due

elle aussi à la non-irradiation de l'ébranlement sensoriel à une zone du cortex, qui est ici bien déterminée. C'est un trouble de la synthèse perceptive, par lequel, faute d'apports complémentaires, la perception n'est pas élaborée, mais en reste au stade de sensation. Les apports sensoriels demeurent en suspens, sans que, pour une raison quelconque, entrent en jeu les phénomènes de facilitation mnémonique indispensables à la mise sur pied des combinaisons originales, d'où pourront surgir des représentations connues. Le résultat est la non-identification de la sensation.

Échappons-nous du domaine étroit de la perception. Toute l'activité de l'esprit aboutit à la construction de synthèses qui lui sont comparables, et dont elle ne diffère que par sa complexité moindre et son origine sensorielle directe. Est-il permis d'évoquer la notion d'agnosie à propos de certains troubles de ces synthèses supérieures, et en particulier du sentiment d'étrangeté du monde extérieur et du sentiment de dépersonnalisation ? « Sentiment de dépersonnalisation et sentiment d'étrangeté de la perception sont rigoureusement synonymes. » Ici donc, nous sommes encore devant une imparfaite reconnaissance des perceptions, internes ou externes.

Mais le point d'application n'est plus au même étage. Il ne s'agit plus de la méconnaissance grossière des sensations, telle que la réalise l'agnosie banale. L'inachèvement ou la perversion ne porte plus sur la perception, mais sur les synthèses supérieures qui s'édifient sur elle. En s'attaquant à la sphère qui couronne l'édifice nerveux, en faussant les mécanismes supérieurs de la connaissance, le trouble des associations peut engendrer une agnosie diffuse, qui explique le sentiment d'étrangeté, le malaise imprécis, l'attitude interrogative qui accompagnent tout ce qui pénètre dans la conscience. Trouble qui s'éloigne de l'agnosie banale, de toute la distance qui sépare une dissolution locale (ou neu-

rologique), d'une dissolution générale (ou psychiatrique) pour employer le langage d'H. JACKSON.

BLONDEL découvrait derrière l'étrangeté du monde extérieur et le sentiment de dépersonnalisation un état morbide plus diffus, indépendant de tout objet de perception particulier. « A la limite, l'étrangeté du monde extérieur n'est plus qu'une expression nouvelle de la dépersonnalisation morale, qui déborde sur les êtres et les choses et envahit tout le domaine de la perception interne et externe. » Tous ces troubles ont une source commune. Ne la trouvons-nous pas dans cette agnosie diffuse ? N'est-ce pas là ce « trouble plus profond et inexprimable » dont l'étrangeté du monde et les divers modes de dépersonnalisation ne sont que des expressions particulières ?

V. Si l'on accepte d'élever le désordre des associations au rang de trouble fondamental, ces diverses théories apparaissent donc comme des points de vue, qui ne considèrent qu'une partie des effets seconds et ne renferment qu'une part de vérité. Nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet. Nous n'ignorons pas le caractère fortement hypothétique de ces considérations, et abandonnons sans regret un terrain qui n'est plus celui des faits immédiatement contrôlables, mais celui de la dialectique.

Néanmoins, le trouble associatif présente un intérêt de premier ordre : celui d'offrir un lien solide et facile à saisir entre les lésions organiques et leurs répercussions mentales. Nous allons nous y arrêter un instant.

Le problème organique

« Quant à la valeur pragmatique des deux tendances nous croyons que la psychologie conduit à des hypothèses invérifiables et à des explications qui se rapprochent de la littérature. Le point de vue neurologique, au contraire, peut amener à des constatations qui auront au moins une valeur objective ».

GUITAUD

L'explication psychologique des troubles de la D. P. enregistre un recul indéniable. La nature même du traitement insulinique ramène résolument la question sur le terrain organique.

« Nous admettons, dit BLEULER, un processus qui produit directement les troubles primitifs. » Mais il les minimise au possible. Incomparable est l'efflorescence des troubles engendrés par la réaction de la personnalité, qui, pour échapper à une situation intolérable, s'efforce d'ignorer la réalité, ou même de la remanier, à moins qu'elle ne se réfugie franchement dans la maladie. Les psychanalistes, eux, s'éloignent plus catégoriquement encore de toute explication organique : pour eux, l'anatomie pathologique ne peut pas rendre compte de la maladie (FREUD, JUNG et RÖEDER).

L'opinion opposée pense, avec SENGES, que « le malade ne se réfugie pas dans sa psychose pour se soustraire au contact de la réalité, mais parce qu'il a perdu les fonctions mentales d'adaptation au réel par suite de la dissociation psychologique », laquelle permet d'envisager un point de départ organique. Et voici qu'un fait nouveau penche en faveur de ce second rapport de cause à effet : une médication obtient des résultats dont nulle psychothérapie ne pourrait se flatter.

— Nous avons écrit que le mécanisme des associations éclai-

rait le rapport de l'activité de l'encéphale avec celle de l'esprit, et que le parallélisme entre la circulation de l'influx nerveux et le cours de la pensée était assez étroit pour qu'on puisse inférer des troubles de l'un aux défauts de l'autre. Il n'est pas question, évidemment, de découvrir le calque organique de constructions compliquées. « Peut-être, dit JANET, serait-il moins ambitieux et plus pratique de ne pas passer immédiatement du délire complet à des phénomènes organiques... et d'étudier des phénomènes intermédiaires, des sentiments déjà complexes sans doute, mais plus accessibles à l'observation. » (*Journal de Psychologie*, 1932). C'est précisément à de tels états de conscience, relativement simples, que nous nous sommes adressés, pour en analyser les défauts. Caractère structural, origine associative, trouble de la circulation de l'influx nerveux, tels sont les termes au rapprochement desquels nous aboutissons.

— Les troubles primaires naissent immédiatement de l'action pathologique. Chacun d'eux traduit donc un point d'application direct du processus, que sa nature permet de soupçonner, sous confirmation des faits anatomopathologiques. C'est ainsi qu'on peut rapporter :

La sialorrhée, des troubles vaso-moteurs et de la sudation à une atteinte des *centres sympathiques et parasympathiques*.

Les signes de la série catatonique à celle de certains *centres du tonus*.

Les états maniaques et mélancoliques à celle des *centres affectifs sous-corticaux*.

Le désordre associatif à celle de cette *partie du cerveau proprement associative*, indépendante de la taille (dans les différentes espèces animales), et très caractéristique du niveau intellectuel de ces espèces » (PIERON).

Or, nous avons vu que ces divers troubles ne présentent pas le même caractère de nécessité. Qu'en particulier il existe des états schizophréniques avec défauts importants

dans la sphère affective, mais indépendants de tout état maniaque ou mélancolique, comme de toute indifférence vraie. Il est donc possible d'envisager une D. P. sans atteinte des *centres affectifs*. Et nous sommes *théoriquement* amenés à faire remonter au *cortex* la base organique du trouble fondamental.

— Qu'apportent les faits ? Par leur multiplicité même, ils rendent impossible toute conclusion positive.

Certains localisent les lésions les plus importantes à la région sous-corticale. GUIRAUD est très affirmatif : « D'après nos travaux en cours, dit-il, nous pouvons affirmer que la région sous-optique est atteinte de façon *constante, précoce, intense* » (Psychiatrie du médecin praticien). TRETIAKOFF, BUSCAINO, BIELAWSKI, BORNSZTAJN, et d'autres ont observé des altérations de cette même région.

D'autres travaux concluent à la prédominance des lésions corticales (KLIPPEL et LHERMITTE, CLAUDE, MARCHAND), qui, pour certains, se localiseraient avec prédilection à la troisième couche cellulaire (KLARFELD, JOSEPHY, et plus récemment BOUMANN, 1927). La nature des lésions est elle-même discutée : infectieuse ici, elle est ailleurs purement dégénérative, ce qui permet à certains d'en faire une atrophie d'inactivité, et de revenir par cet ingénieux détour aux théories psychogéniques (JUNG).

Les seuls éléments certains qu'on puisse extraire de tous ces travaux sont à notre avis les suivants :

1^o Les auteurs paraissent unanimes à reconnaître l'existence de lésions corticales. Le désaccord ne porte que sur leur importance.

2^o Les recherches les plus récentes les font surtout siéger au niveau des II^o et III^o couches de l'écorce, qui sont, remarque KLARFELD, les couches d'association. Ce fait avait été entrevu par SERIEUX, qui écrivait en 1902 : « Dans la démence précoce..., le poison exerce une action élective sur les éléments les plus vulnérables du système nerveux,

sur les neurones des centres d'association qui restent plus ou moins gravement lésés. » Plus loin : « Il ne compromet jamais le fonctionnement de la vie végétative ni l'existence du malade. Il s'agit donc d'un poison dont l'action sur les neurones (et même sur certains d'entre eux seulement) est tout à fait spécifique. »

N'est-ce pas là l'atteinte primaire de cette « partie associative du cerveau » dont parle PIERON, et par conséquent la base organique du trouble fondamental des associations ? Nous sommes évidemment trop loin de la certitude pour conclure. C'est une question qui attend encore sa réponse.

— Cependant, il est des faits qui, pour n'être pas anatomiques, n'en sont pas moins des faits, et qui entraînent nécessairement des conséquences anatomo-pathologiques. Ils tendent à montrer que les signes psychiques de la maladie, au moins au début, ne sont pas liés à une lésion cellulaire, avec altération morphologique. Telles sont les « guérisons » ultra-rapides obtenues par le choc insulinique.

Nous nous trouvons en présence d'une renaissance *immédiate* de la fonction, supposant en cas de lésion anatomique une *restitutio ad integrum* instantanée, qu'il est vraiment difficile d'envisager sérieusement. Force est de conclure, en pareil cas, qu'il y a suspension et non pas destruction de fonction. Tout se passe comme s'il y avait simple malaise cellulaire, et en quelque sorte sidération du neurone, sous l'influence d'un toxique ou d'une toxine que le coma insulinique combattait d'une façon au moins palliative.

Toutefois, si l'on admet, comme nous l'avons soutenu, que le trouble fondamental n'est pas un affaiblissement d'une fonction productrice d'énergie psychique, mais un vice du mécanisme associatif, nous sommes amenés à le à le rattacher à un défaut, non de l'élaboration, mais de la circulation de l'influx nerveux. C'est par la rectification des chemins qu'il suit dans l'encéphale, que SAKEL, en insistant d'ailleurs sur le caractère hypothétique de cette propo-

sition, explique l'action de la cure insulinique. Mais alors l'attention quitte la cellule proprement dite pour se fixer sur les organes connectifs : les synapses. Il semble d'ailleurs que la finesse des dissociations nous oblige à remonter jusque-là. La schizophrénie ne débiterait-elle pas par une intoxication des membranes synaptiques, aussi invisible que celle de la plaque motrice par le curare ? pour ne réaliser d'état démentiel irréversible, avec syndrome neurologique, qu'à l'apparition de la lésion cellulaire vraie, anatomique, stabilisée ? En émettant cette hypothèse, nous croyons ne pas user seulement des possibilités illimitées de l'imagination.

CHAPITRE V

LA GUÉRISON

Nous avons écrit que la plupart de nos résultats étaient également éloignés du succès et de l'échec, et que leur valeur thérapeutique demeurerait obscure. La notion de trouble associatif, tel que nous l'avons étendu à toutes les activités de l'esprit, peut-elle apporter quelque lumière ? La correction de ce trouble peut-elle même servir de critérium de guérison ? Ces questions feront l'objet de notre dernier chapitre.

I. Sur nos 87 malades, 78 (c'est-à-dire 90 %) ont à un moment donné réagi favorablement au choc insulinaire — 8 d'entre eux sont sortis en liberté. Nous ne nous hasardons à prononcer le mot « guérison » qu'à propos *d'un seul*. Nous sommes donc loin des 80 % de rémissions totales annoncées par certains auteurs.

La raison majeure d'un tel désaccord est à n'en pas douter dans la nature des états traités. Une conclusion s'offre d'elle-même, si nous mettons en jeu nos travaux personnels : la thérapeutique est favorable aux Schizophrénies selon BLEULER. Elle sourit beaucoup moins aux D. P. de KRAEPELIN.

En effet, dans le désir de rester positif, nous avons limité le champ de nos investigations, éliminé les cas douteux, et retenu les seuls sujets qui, grâce à la netteté de la symptomatologie, se rangeaient aisément dans une des formes :

hébéphrénique, catatonique et paranoïde, décrites par KRAEPELIN. En présence de ceux qui s'échappent de ce cadre, nous avons préféré garder une attitude agnostique.

Cette méthode a pour avantage, à notre avis décisif (et c'est à lui que nous avons sacrifié) d'être la seule qui fournisse les bases de départ indispensables à la moindre conclusion. Il est essentiel d'abord de partir du connu. L'inconvénient est qu'en s'adressant à des états vieux de plus de six mois, notre action se privait des cas réputés favorables. Mais quelle est la valeur de cette règle des six premiers mois, période favorable, si l'on est parti pour l'établir d'une série de diagnostics douteux ? Car toute la question est là. Nous nous en sommes donc évadé sans trop d'hésitation. En fait, notre malade « guéri » avait cinq ans de maladie.

— En agissant en disciple de BLEULER, on bénéficie d'un avantage énorme : la simple multiplication numérique des sujets traités augmente mathématiquement les chances de succès. Evidemment, qu'importe qu'il fût un schizophrène, si le malade est en fin de compte guéri ? Cela suffit au thérapeute qui a le droit d'être empirique. Mais s'il s'agit de définir une entité morbide, et de lui découvrir une médication spécifique, l'esprit a d'autres exigences.

Si c'est avec ce dernier souci qu'on les examine, les statistiques les pus favorables à la valeur thérapeutique de l'Insuline n'apportent qu'une faible lumière. Leur interprétation reste difficile : il faut, en effet pour les accepter, faire intégralement sienne la conception bleulerienne de la Schizophrénie. Or, le maître de Zurich a défendu assez longuement la thèse de la pluralité des maladies et des étiologies, comparables à celle des néphrites, pour qu'on doive abandonner l'idée d'un agent et par conséquent d'un remède spécifique. Si l'on s'en tient à son texte, il est donc aisé de faire la démonstration *a priori* de l'impossibilité d'une médication de cette qualité. Les esprits qui se réclament obligatoirement de BLEULER pour interpréter favorablement leurs

résultats sont donc amenés à la négation d'une thérapeutique spécifique, ce qui n'est peut-être pas dénué de toute contradiction. Cette opinion est pour le moins obscure, et il est inexplicable pour nous qu'on puisse s'y tenir.

II. Les modifications imposées à nos schizophrènes par le moyen de l'Insuline sont presque *constantes, mais fragmentaires, incomplètes*. C'est que l'Insuline agit en rétablissant les contacts associatifs, mais en nombre variable.

Cette notion de nombre nous paraît de la plus haute importance. Démence schizophrénique est pour BLEULER un concept non de profondeur, mais d'extension dans l'espace psychique. C'est au nombre des lacunes d'un sujet, et des productions pathologiques dont il est capable, qu'on mesure sa démence. A l'inverse, c'est au nombre des rectifications cliniques, et par conséquent des contacts rétablis que nous évaluerons sa guérison.

— *En nombre variable*, les associations déficitaires sont récupérées, les parasitaires supprimées. Le jeu des affinités se corrige, les fragments se rejoignent, et le puzzle que représente l'esprit dissocié se reconstitue plus ou moins. La récupération irradie avec caprice dans l'espace psychique et devient plus ou moins universelle. Parallèlement, les modifications cliniques sont des plus variables, et s'approchent à divers degrés de l'état normal. C'est à des états intermédiaires qu'aboutissent ces régressions plus ou moins complètes. Nous réalisons ainsi *toute une gamme* de schizophrènes.

Bien plus, nous provoquons parfois un simple déplacement des contacts pathologiques, créant ainsi *toutes sortes* de Schizophrénies. Ne nous étonnons pas que tel hétéro-
schizophrénique simple devienne catatonique, ou que d'une façon plus générale certains troubles s'effacent au profit de nouveaux symptômes.

Le malade Pe..., âgé de 38 ans, interné le 11 janvier 28, se montre depuis des années violemment hostile, négativiste. Le traitement fait tomber cette hostilité. Il répond au bonjour du médecin, et aux questions sur sa santé. Mais au bout de trois semaines apparaissent de curieuses stéréotypies motrices, dont la plus extraordinaire est la suivante : Pe... marche d'un pas long et glissé, puis fait brusquement un saut vertical très vif, pendant lequel il écarte les jambes, met son rachis en extension forcée, jette la tête en arrière et lance les bras en l'air... Cet exercice difficile dans lequel il se montre maître, n'est jamais suivi de chute.

— *La variabilité* des résultats est liée non seulement au nombre des contacts récupérés, mais encore à la nature des édifices psychiques qu'ils sous-tendent, et se trouve augmentée par l'arbitraire dont fait preuve l'action de l'Insuline dans ses points d'application. Certaines récupérations brillantes mais parcellaires, peuvent faire illusion, car elles deviennent de véritables critères de guérison si elles portent sur le trouble estimé « fondamental ».

La famille réclame rapidement la sortie, quand les *Sentiments familiaux* renaissent. Si la Shizophrénie est une « démence de la sympathie », il faut lui donner raison. Nous avons publié en octobre 1937 l'observation suivante :

Le malade Pa., 24 ans, est le 6 août 1936 l'objet du certificat que voici : syndrome d'indifférence affective, de dyspsychie et de discordance.

Signé : Docteur COURBON.

Depuis le 13 août, date de son entrée à Villejuif, il témoigne d'une indifférence absolue, notamment pour sa famille. Mutisme presque complet. Il est mis au traitement le 15 mars 1937.

24 mars : parle à son père.

25 mars : A la fin du parloir il fait au revoir de la main à ses parents.

28 mars : Écrit son nom et son adresse.

1^{er} avril : Il répond « Ça va » à sa mère qui l'interroge sur sa santé. Il colle sa joue contre la sienne, il l'embrasse.

8 avril : Il lit le journal du dimanche et s'inquiète de l'applica-

tion de la semaine de 40 heures et des difficultés financières de cette réforme.

19 avril : Il accueille ses parents « comme il ne l'avait pas fait depuis deux ans » au dire de sa mère.

Le 13 juin, il sort en permission. Le 9 juillet, nous le revoyons ainsi que ses parents. Selon ceux-ci, il est doux et affectueux, sort seul, se promène à bicyclette, va au bal avec son frère, exprime le désir de reprendre son métier. Lui-même nous déclare qu'à son âge (25 ans) on doit travailler, et il fait des projets d'avenir et de mariage.

Ce malade est toujours en liberté, mais nous l'avons revu avec sa famille à plusieurs reprises : le premier enthousiasme tombé, les craintes et les doléances maternelles réapparaissent (novembre 1937). Pa..., est agité de tics « il a des manières incompréhensibles », « il n'est pas facile », il ne sourit jamais. Son attitude reste compassée, raide, bizarre, et manque de souplesse. Il élabore à nouveau certains sentiments sociaux qui lui permettent de fréquenter ses semblables, mais *il reste dissocié*. La régression de la maladie est parcellaire et incomplète.

Les *Relations avec le monde extérieur* sont parfois l'objet d'une remarquable correction.

S. et H. ont une histoire d'une grande analogie. Tous deux muets, négativistes, indifférents, alités depuis des mois, et même gâteux, ils sont « débloqués » par le choc insulinaire. Ils deviennent souriants, expansifs, aimables, désirent se rendre utiles et s'adonnent effectivement dans le service à de menues occupations. Bref, ils ont retrouvé le contact avec le réel. Mais ils se plaignent tous deux des mêmes troubles : ils pensent « trop », et non pas à ce qu'ils veulent. « Leur pensée va où elle veut » et telle idée leur « vient dans la tête malgré eux » (H). Ils pensent trop et trop vite. Mais ils savent qu'en comparaison de leur état antérieur, ces « malaises » (S) sont insignifiants, que c'est « un reste de la maladie » (H). Bref, ils ont l'un et l'autre une conscience parfaite du caractère pathologique des symptômes qu'ils nous confient.

1^o Il y a contact avec le réel : leur comportement traduit un sentiment suffisamment exact de la valeur des choses du monde extérieur.

2^o Il y a *trouble associatif* avec parasitisme et égarement de la pensée.

Quant aux *Retours affectifs*, qui doivent, si l'indifférence est la lésion majeure de la Shizophrénie, traduire une amélioration, nous avons vu ce qu'on pouvait penser des plus impressionnants d'entre eux (1). La plus vive manifestation affective n'a qu'une faible valeur pronostique si elle reste altérée par la *dissociation*.

Quoique à nouveau affectif, « réinséré », et capable de sentiments sociaux élémentaires, le malade continue à souffrir du trouble le plus tenace, parce que sans doute le plus basal : le désordre des associations. Sans lui, certaines récupérations parcellaires peuvent faire illusion. A l'inverse on peut méconnaître le sens exact de manifestations en apparence défavorables ; rappelons l'exemple de Ha... qui sort d'un long silence affectif pour se livrer aux éclats anxieux les plus vifs à chaque visite de son père. Là où celui-ci voit une aggravation qu'il déplore, nous voyons la renaissance d'un fragment de cet état complexe qu'est l'amour filial : la crainte.

— Les lignes qui précèdent n'ont pour objet que l'action de l'insuline sur cette partie du cerveau proprement associative dont parle PIERON, et par suite sur le désordre des associations. Pour se faire une idée exacte des améliorations obtenues, il convient de replacer ce trouble au milieu des autres signes de la série primaire, et d'examiner l'évolution de l'ensemble.

En effet, les centres affectifs sous-corticaux, les centres sympathiques et para-sympathiques, et ceux du tonus, semblent se prêter plus volontiers, d'une façon plus rapide

(1) Voir page 74.

et plus globale, à l'influence de la médication. Et comme ils donnent lieu à une symptomatologie souvent impressionnante, qui emplit le tableau clinique, celui subit une transformation radicale et présente par contraste un vide qui en impose.

Si bruyante était l'anxiété de Bi., si impénétrables le mutisme et la catatonie de Br., si impressionnante la cyanose presque noire de Cl., et son immobilité de statue égyptienne, que leur disparition rapide et complète devraient à première vue entraîner un pronostic des plus favorable.

En fait, en dépit de la disparition du blocage et de la réactivation du psychisme, ils restent freinés par une influence inhibitrice, compassés, hésitants, raides, sans souplesse, sans initiative, étranges. Bref, ils gardent cette dégradation légère que nous avons analysée plus haut, et qui montre que l'organe associatif, moins docile, n'a pas recouvré son intégrité.

Nous concluons donc qu'en dépit de la régression de certains symptômes, fût-elle impressionnante, le malade reste un schizophrène si l'imperfection des contacts associatifs demeure décelable. La persistance de ce trouble et son étendue jugent en dernier ressort de son état et du résultat thérapeutique.

— Aucun fait anatomique ou expérimental, à notre connaissance, n'a jusqu'ici vraiment éclairé le problème de l'action organique du choc insulinaire. Tout au plus pouvons-nous, en examinant les modes de réaction des malades, nous permettre quelques remarques très générales et absolument hypothétiques.

Le chiffre des comas nécessaires, et leur profondeur apportent peu de renseignements. Le malade se « débloque » au bout d'un nombre de chocs qui varie de 5 à 17. Fait important, il semble que l'Insuline donne d'emblée son maximum. Après une rechute, la répétition de la cure reste le plus souvent inefficace. Il semble également qu'on doive se

montrer sceptique sur l'action des doses d'entretien dont on fait suivre la série de chocs.

Quant à la profondeur des comas, elle reste sujette à discussion. P. ABELY a obtenu récemment une amélioration remarquable avec des chocs atténués. Une publication de Y. PORCHER met en lumière l'action modificatrice de la période pré-comateuse. Pour nous, nous avons fréquemment observé dans le service du D^r DUCOSTE des récupérations impressionnantes mais éphémères à la Phase II, où l'activation est au *maximum*.

Est-il possible de présumer dès maintenant du caractère curatif ou palliatif de l'action de l'Insuline ? Autrement dit, peut-on envisager si elle agit sur la cause de la maladie, ou sur un effet ? Quelques éléments font pencher en faveur de la seconde hypothèse : théoriquement, la pluralité des étiologies s'oppose à l'idée d'une action curatrice. En fait, la rapidité d'action, et la quasi-constance des rechutes, font penser à une action simplement compensatrice. Le malade qui se ressaisit instantanément au sortir du coma, pour retomber rapidement dans son état antérieur évoque en nous l'idée d'un cœur décompensé à qui l'Ouabaïne administre un coup de fouet. Nous obtenons un renouveau temporaire du cours de l'influx nerveux, en rétablissant par artifice les contacts associatifs. Mais la cause première de la rupture du circuit échappe à notre action. Peut-être sera-t-elle atteinte par une médication complémentaire, que nous envisagions en octobre 1937 d'une façon purement hypothétique, et à la recherche de laquelle certains auteurs se sont depuis effectivement attachés (1).

III. Il est bon d'éviter l'illusion et d'assigner à l'action de l'Insuline ses véritables limites. Mais ce serait la mésestimer et retomber dans l'erreur que de la considérer comme

(1) Paul ABELY. — *Vie Médicale*, 25 mai 1938.

nulle en fin de compte et dans tous les cas. Nous avons donné des exemples de modifications parcellaires et fugitives, nous terminons par celui, d'ailleurs unique, d'une récupération particulièrement étendue, qui envahit tout l'espace psychique et semble durable.

Cependant, malgré notre désir de terminer sur une note optimiste, nous ne pouvons nous empêcher de faire dès nos premières lignes d'indispensables réserves que nous devons à la vérité. Nous avons dit notre souci d'éliminer les cas douteux : André M. précisément nous a fait longuement hésiter. Au moment de publier son histoire, et surtout de la présenter comme une guérison, nos scrupules nous reprennent. Toutefois, il est notre seule « rémission totale » et mérite à ce titre qu'on examine son cas de près. Afin d'éviter les interprétations qui pourraient nous être personnelles, nous allons simplement exposer les documents assez nombreux, qui permettent de reconstituer son histoire, en évitant les commentaires le plus qu'il nous sera possible.

16 septembre 1936 :

Présente un état de dépression nerveuse, caractérisé par du mutisme, du refus d'aliments nécessitant l'alimentation artificielle, du « *toedium vitae* », idées vagues de persécution avec phénomènes d'ordre hallucinatoire ; préoccupations hypochondriaques. Cet état qui remonte en 1933 a été coupé par de courtes phases de réveil avec reprise de l'activité et de l'alimentation, surexcitation, correspondance abondante et cohérente où il manifeste ses préoccupations de santé et une tendance revendicatrice.

Signé : Docteurs VILLET-DESMARETS et J. BUYAT.

Tel est le premier certificat que nous ayons sur le jeune André M. Le premier épisode dépressif l'a frappé à l'âge de 16 ans, et les signataires qui l'ont soigné trois ans dans leur maison de santé, hésitent devant cet état dépressif atypique entre le diagnostic de débile périodique et celui de dément précoce (lettre du 25 septembre 1936).

19 septembre 1936 : Asile clinique.

Catatonie avec stupeur et mutisme. Difficultés d'alimentation.

Signé : Docteur GÉNIL-PERRIN.

23 septembre 1936 : Asile de Villejuif.

Démence précoce. Catatonie. Mutisme. Refus de nourriture.

Signé : Docteur DUCOSTÉ.

Nous le voyons pour la première fois en novembre 1936. L'exploration psychique est totalement impossible. Toute tentative se heurte à un mutisme inébranlable. Nous devons nous contenter d'un examen purement somatique. André M., est en décubitus dorsal, dans une immobilité absolue. Ses lèvres sont pincées, ses yeux fermés. Il s'oppose par une contraction violente à toute tentative d'ouverture des paupières, et ne laisse en aucun cas voir sa cornée. Seule la sclérotique est apparente.

La face est pâle et luisante, avec hypersécrétion sébacée et desquamation par plaques. Les extrémités sont froides et légèrement cyanosées. Le 7 décembre 1936 apparaît à la face dorsale du pied droit une infiltration élastique qui disparaît en quelques jours. Réflexes rotuliens vifs et amples.

L'alimentation à la sonde est l'objet d'une résistance quotidienne.

Le 7 janvier 1937, il laisse échapper les paroles suivantes : « On me fait manger le monde, je suis cause de la grande guerre... Je suis un grand coupable. » Peu après, il écrit la lettre qui suit.

« Monsieur le Docteur, je suis très coupable aujourd'hui, car je me suis trompé dans ma vie depuis mes trois dernières années. J'ai mangé le monde, terre, soleil, eau ; lumière, végétaux, animaux, hommes, corps. Tout est encore là cependant... J'avais cru et dit au mois de novembre 1933 que M. V., Docteur, et M. B., m'avaient fait connaître qu'ils voyaient mes idées dans ma tête au moyen de la radioscopie, des Rayons X, des rayons Roentgen ils ont répondu à mes idées les voyant... J'ai eu des idées hors de la tête, des horreurs... avec mes idées ça ne voulait pas s'arrêter et à chaque idée 5 secondes les chevaux cités attelés de voitures passaient au rythme interne du cœur faisant du bruit jour et nuit 1 an... On parle à mes idées ; un malade M. D., qui me tue... Messieurs les Infirmiers parlent et marchent et font tout à cause de moi. Tous souffrent à cause de moi. Une affaire de traitement est faite à cause de moi. Le coma, c'est la mort. Le 1^{er} traitement fut mangé le monde sans lait... toutes les paroles, actions, bruits me visent, je suis obligé de causer tout bas à distance où Messieurs les malades et Messieurs les Infirmiers me font mal par les bruits des jambes... Je suis cause de la mort et des morts de tous les malades... »

24 avril 1937 : il reçoit la première injection d'Insuline.

2 mai 1937 : il s'alimente correctement. Le 5, il parle longuement

aux infirmiers. A partir du 7^e coma, il est entièrement transformé. Le 16 mai, il est levé, habillé, correct. Renonce à ses idées délirantes. Désire revoir « sa pauvre mère ». « Comme elle va être contente de me voir ainsi, j'ai été bien malade. Merci de m'avoir si bien soigné. Peut-être qu'avec l'Insuline ça va aller ». Aide au traitement dans la mesure de son pouvoir, il refuse des petits pois « parce qu'il y a du sucre dedans ».

« Ce traitement a sur moi les meilleurs effets », écrit-il à sa mère ; « Je me sens plus porté à vivre depuis quelque temps. Viens donc jeudi ; tu ne me reconnaîtras sûrement pas ».

Le comportement est changé de façon radicale. Si bien que sa mère demande rapidement la sortie (lettre du 31 mai 1937) :

« M. le Docteur, hier dimanche, j'ai rendu une petite visite à mon fils et je le trouve de mieux en mieux depuis votre traitement. Si vous pensiez qu'une petite sortie de deux jours puisse lui faire une réaction, je le prendrai sous ma responsabilité... »

16 juillet 1937 : Le malade est en permission, sa mère envoie la lettre suivante :

« Monsieur le Docteur, je viens vous donner des nouvelles de la sortie d'André ; dans l'ensemble, tout s'est bien passé ; mais voici quelques détails qui vous feront juger son état pas encore guéri. Il ne veut pas aller au cinéma, à l'exposition, dans tous les endroits où il y a du monde sous prétexte qu'il a une raison. J'ai essayé de savoir et voici ses réponses : tout le monde voit ses idées et il y a quelqu'un qui lui dit de marcher ou de s'arrêter... Il prétend être le seul au monde atteint de cette maladie qu'il dit être incurable... Il a surtout peur que si je venais à mourir, personne ne pourrait le retirer de Villejuif et il serait obligé d'y finir ses jours... Je lui explique que je n'ai pas le droit de garder un garçon sans travailler et encore bien moins sans manger. Sa réponse : Eh bien, si je ne mange pas, cela te fera des économies, qu'est-ce que cela peut te faire ? et puis si je ne peux pas guérir, tu me tueras... Voyez, Docteur, que ses idées sont loin d'être justes. Il a aussi crainte d'un traitement qui m'a-t-il dit « endort les malades pendant un mois »... mais Docteur, il ne vous dit rien à vous car vous ne le croiriez pas. »

Il rentre très déprimé, et nous tentons de l'interroger. Il expose sans difficulté les faits suivants :

— Je me sens moins de force, je suis seul, j'ai peur du monde, j'ai peur que ma mère se fasse écraser.

— N'y a-t-il pas autre chose ?

— J'ai toujours supposé qu'on voyait mes idées à travers ma

tête par les rayons de Roentgen. Quand je ferme les yeux, je vois comme des étincelles de pierre à feu. Je me sens moins solide sur mes jambes.

— Est-il possible de voir des idées ?

— Il se peut qu'on voit mes idées, les images qu'on a dans la tête quand on pense. Tout au moins on les devine. Ils savent chaque fois que j'ai une idée, peut-être ne savent-ils pas la nature.

— Que disent-ils ?

— Quand ma pensée ne leur plaît pas ; ils disent : ignoble, ignoble. Ils sont plus savants que moi. J'essaye de comprendre pourquoi.

Quand je me promène, je fais des déductions, des remarques sur la vie. Alors on me dit : ignoble. Un exemple ? Je tâcherai d'en noter un. Quand les autres voient dans votre tête, on est prisonnier de soi-même. C'est fantastique. Je voudrais en noter, il n'en manque pas, mais ils m'empêchent.

— Après le traitement, vous paraissiez calme et content ?

— Après le traitement, cela existait toujours, mais j'étais plus résistant. Hier, j'étais très fort : le plus beau jour que j'ai eu depuis ma maladie. Les Docteurs sont là (derrière le mur), pourtant je sais qu'ils sont chez eux. Comment cela peut-il se faire ? Le Docteur B. aussi est là. Il est venu après. Il y a 2 ans (5 juillet 35) j'étais très malade, le Docteur B., et sa dame est venu derrière le mur et il disait : ignoble, ignoble. Il m'a suivi à Sainte-Anne, puis ici. Pourtant cela ne se peut pas, car ma mère le voyait à la villa M. Peut-être est-ce par T. S. F. ou voix enregistrée sur un disque. Je ne les vois pas, mais je les entends. Et pourtant cela ne se peut pas. Car ça fait deux ans qu'ils me parlent, ils ne peuvent rester deux ans sans dormir. Ils ne peuvent pas s'occuper que de moi, ils ont leurs malades.

« Chaque fois que je me réveille la nuit, ça reprend : « Ignoble », et c'est fini. Depuis deux ans ils n'ont pas dit autre chose, mais le ton change. Ils sont plus savants que moi, et ils adaptent leur ton au jugement de ma pensée.

« Je ne suis pas maître de ma pensée. De la mort de mon père, il y a des idées que je ne peux réfréner. A la mort de mon père, j'ai vu en idée mon père tourner autour de la cour sans s'arrêter. Cette idée était sortie de ma tête et j'ai vu mon père. J'ai voulu rentrer cette idée dans ma tête. Tout ça ne se peut pas. Les idées sont dans la tête je le sais... Quand je mangeais, on me disait que je mangeais les hommes. On me reprochais des choses absurdes : la guerre de

1914, je suis né en 1916 ! s'ils disaient encore des choses raisonnables ! Je ne comprends pas qu'on voit les idées, car on saurait tout des voleurs en posant des Rayons R. sur leur tête... Ils disent que je ne suis pas français. »

Il ne se laisse pas interrompre. Voix monotone. Absence de gestes.

10 août 1937 : Amélioration importante. Aucune trace de délire. Surtout a perdu la croyance en la réalité de ses hallucinations. En discute intelligemment les conditions d'apparition et l'impossibilité. « Il en prend son parti, vit avec elles, n'y fait plus attention ». Réalise ainsi l'« hallucinose » telle que l'a définie CLAUDE, unique reliquat de son grave état antérieur.

Le *6 septembre 1937*, André M., est sorti en liberté, affirmant qu'il n'était plus halluciné. Qui nous dira qu'il n'y a pas réticence ? En tout cas, il reste en contact étroit avec son médecin, à qui il écrit régulièrement. Il fait en janvier 1938, une pleurésie séro-fibrineuse. Voici une de ses dernières lettres qu'il envoie du Sanatorium de Cannes-Écluse.

« Cher Docteur, j'ai bien reçu votre lettre et je vous en remercie. J'espère que vous êtes en bonne santé.

« Je vais toujours très bien. La fièvre est tombée ; je n'ai plus que 37°3 le soir. Mon poids est le même, je n'ai pas pris, mais je n'ai pas perdu.

« En ce moment, le temps est froid avec un fort vent. Il faut faire attention à ne pas prendre froid pour éviter une rechute. Je me plais bien à Cannes-Écluse. Maman est en bonne santé ainsi que ma sœur. Je vous prie d'agréer, cher Docteur, mes meilleurs sentiments. »

11 avril 1938.

CONCLUSIONS

Notre première conclusion sera qu'avec une année de pratique, 87 cas et douze mois de recul, les résultats de l'insulinothérapie restent obscure et leur interprétation difficile. Le choc n'a guéri qu'un de nos malades, mais les a tous modifiés. Reste à déterminer en quoi consiste cette modification.

— Par ailleurs, la surveillance quotidienne et nécessairement étroite de nos malades nous a mis sous les yeux une foule d'états psychiques jusqu'alors insoupçonnables, qui s'extériorisaient soudain avec toutes leurs lacunes. Celles-ci devenues particulièrement saisissables, s'offraient à l'analyse. Le choc insulinique prenait un intérêt expérimental.

— Notre attention s'est fixée sur les états affectifs qui émergeaient ainsi, et surtout sur les sentiments, c'est-à-dire ces états complexes, faits d'éléments multiples, soumis comme l'a montré RIBOT, aux activités d'association et d'abstraction de l'esprit. Nous souvenant de l'existence de cette affectivité supérieure, qui ne se réduit pas à la mise en jeu monotone de la douleur et du plaisir, mais élabore des synthèses originales qui constituent de véritables représentations affectives, nous avons pu constater que ces états souffraient chez le schizophrène des mêmes troubles que les productions de l'intellect ; que ces troubles étaient de caractère structural et liés, tout comme les conceptuels, au désordre des associations.

— Cette constatation nous a fait admettre que le trouble des associations, que BLEULER confine dans la sphère intel-

lectuelle, envahissait en réalité la sphère affective et la sphère psychomotrice. En conséquence, il n'est plus question de subordonner entièrement les troubles intellectuels aux affectifs, ou réciproquement. Dans les deux domaines, à côté de troubles secondaires, se trouvent des déficits qui jaillissent directement d'un trouble plus fondamental, qui atteint le phénomène psychologique le plus primitif qu'on puisse saisir : l'activité associative. Ainsi se réalise une *pseudo-inaffectivité* tout à fait superposable à la pseudo-démence intellectuelle.

— Cette extension à tous les domaines de l'activité psychique grandit l'importance du trouble des associations. Quelle est donc sa place dans la hiérarchie des signes de la D. P. . Il se présente comme un *signe primaire*, lié directement à l'atteinte par le processus pathologique de cette « partie du cerveau proprement associative », corticale, dont parle PIÉRON, et se range à côté des états maniaques ou mélancoliques, des troubles catatoniques et vaso-moteurs, qui traduisent la souffrance des divers centres de l'encéphale. Il est le plus *caractéristique*, car les précédents, tels les troubles du ton affectif basal ne deviennent significatifs que si la dissociation s'y superpose. Il semble le plus *constant* et le plus *tenace*, car il résiste aux médications qui viennent à bout des autres.

— En effet, si le choc insulinaire a fait disparaître chez nos malades certains états anxieux, ou catatoniques, et certains troubles sympathiques des plus impressionnants, et modifié si radicalement le tableau clinique que la vie en société est pour eux redevenue possible, il est resté impuissant devant le trouble associatif dont les régressions sont restées parcellaires et incomplètes. En dépit d'un vif contraste avec leur état antérieur, nos sujets gardent la note schizophrénique. Ils conservent une retenue, une raideur, un manque de souplesse, indices d'une dégradation peut-être légère, mais qui suffit à faire prononcer le mot « séquelle », et réserver le pronostic. Sans doute, ils ont perdu leurs symp-

tômes les plus spectaculaires, mais la liberté et l'harmonie du jeu de leurs associations ne sont point parfaites. Ce sont elles qui jugeront en dernier ressort de l'étendue de leur amélioration.

VU : *le président,*

H. CLAUDE

VU : *le doyen,*

TIFFÉNEAU

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (P.). — Réponse à une enquête de la *Vie Médicale*: Diagnostic, pronostic et thérapeutique de la Démence Précoce (25 mai 1938).
- ABELY (X. et P.). — L'affectivité dans la Démence Précoce (*A. M. P.*, mai 1932).
- ANDERSEN. — L'insulinothérapie dans la D. P. (*Congrès des Médecins aliénistes et neurologiques*, Bruxelles 1935).
- BLONDEL (Ch.). — *La conscience morbide* (Alcan, 1928).
- BERSOT (H.). — Le syndrome neurologique du choc insulinique (*A. M. P.*, 23 novembre 1936).
- BAUER (E.). — Essais de traitement des affections schizophréniques par la méthode de Sakel (*A. M. P.*, novembre 1936).
- BAUER, MARQUET et LARIVE. — Effets du traitement insulinique dans les états d'inhibition (*A. M. P.*, janvier 1937).
- CLAUDE (H.). — Démence précoce et schizophrénie (*Congrès des Aliénistes et Neurologiques*, Genève 1936).
- CLAUDE (H.), BOREL et ROBIN. — La constitution schizoïde. Étude clinique et diagnostic différentiel (*Encéphale*, 1924, tome I).
- CLAUDE (H.). — A propos de la Schizoïdie et de la Schizophrénie (*A. M. P.*, avril 1926).
- CLAUDE et RUBINOVITCH. — Traitement de la Schizophrénie par le choc insulinique (*A. M. P.*, novembre 1936).
- CHASLIN. — *Éléments de séméiologie et cliniques mentales* (Asselin et Houzeau, 1912).
- DUMAS (G.). — *Nouveau traité de Psychologie*.
- DROMARD. — *Étude clinique de la stéréotypie des D. P.*
- DESCHAMPS (Mlle.). — Exploration pharmacodynamique et Démence précoce (*Thèse Paris*, 1933).
- DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien*. (Masson 1929).
- GUIRAUD. — Conception neurologique du syndrome catatonique.
- Remarques critiques sur la Schizophrénie de Bleuler (*A. M. P.*, avril 1926).
- GUIRAUD (P.) et NODET (Ch.). — Principe et technique de l'insulinothérapie (*A. M. P.*, novembre 1936).

- EY (H.) et ROUART. — *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la Neuro-psychiatrie.*
- EY (H.). — Traduction résumée de l'ouvrage de Bleuler : *La Démence Précoce ou Groupe des Schizophrénies.*
- FROMENTY. — *Les rémissions dans la Schizophrénie. Statistiques sur leur fréquence et leur durée avant l'Insulinothérapie.*
- JANET. — *De l'angoisse à l'extase* (Alcan, 1926).
- LHERMITTE. — *Les fondements biologiques de la Psychiatrie* (Gauthier, Villars et C^{ie}, Paris 1925).
- MARQUET (G.). — Le traitement des Psychoses schizophréniques par le choc insulinaire (*Thèse Paris 1937*).
- MEIGNANT. — Les accidents nerveux et mentaux liés à l'hypoglycémie (*Encéphale*, Avril 1932).
- MINKOWSKI. — Symptômes et attitudes schizophréniques (*Congrès des Aliénistes*, Paris 1925).
- La notion de perte de contact vital avec la réalité et ses applications en psychopathologie, (*Thèse de Paris*).
- MÜLLER. — Le traitement de la Schizophrénie par l'Insuline (*A. M. P.*, nov. 1936).
- PIERON. — *Le cerveau et la pensée*, Alcan.
- PASCAL (M^{lle}) et DESCHAMPS (M^{lle}). — Psychanalyse pharmacodynamique des Déments précoces (*Commission de l'Hébéphrénie*, octobre 1930).
- PILCHOVSKY (G.), KACZPISKI, KOŃOPOSKA, KSCZYTT. — Recherches sur le traitement des maladies mentales par l'insuline (*Encéphale*, mai 1937).
- RIBOT. — *La logique des sentiments*, (1908).
- *Essai sur les passions* (1910).
- *La psychologie des sentiments* (1911).
- SAKEL. — Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie (*Verlag von Moritz Perles*, 1935).
- SCHMID (H.). — Histo-pathologie du choc insulinaire (*A. M. P.*, 23 novembre 1936).
- SÉRIEUX (P.). — *La démence précoce* (Couelan, 1902).
- TOMESCO (P.) et COMULESCO (I.). — Sur quelques données somatobiologiques des Schizophrènes (*In Bulletin de la Société de psychiatrie de Bucarest* — (septembre-décembre 1937).
- TOMESCO (P.) et CONSTANTINESCO (S.). — Thérapeutique de la Schizophrénie : *In idem*.
- WILSON (Isabel G. H.). — Report by... Study of hypoglycaemic shock treatment in schizophrenia (*Board of Control*, London 1936).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I. — <i>La méthode devant les faits</i>	10
Les heures psychiques du coma	10
L'état mental aux différentes heures	13
Valeur de la méthode	15
Premiers faits observés	17
CHAPITRE II. — <i>Les fonctions d'association</i>	20
Le mécanisme associatif	20
États affectifs et états intellectuels	28
La régulation	34
Conclusion	38
CHAPITRE III. — <i>Les structures schizophréniques</i>	40
Les troubles déficitaires	41
Les troubles parasitaires	55
Les troubles de la régulation	66
Le désordre des associations dans la sphère psychomotrice.....	68
Conclusion	72
CHAPITRE IV. — <i>Les conséquences cliniques et pathogéniques</i>	76
Valeur clinique du trouble des associations	76
Le trouble des associations et la notion de trouble fondamental.	81
Le problème organique	90
CHAPITRE V. — <i>La guérison</i>	95
CONCLUSIONS	108
BIBLIOGRAPHIE	111

Saint-Amand (Cher), France. — Imprimerie R. BussiÈRE. — 14-6-1938

